

徳島市不育症治療費助成事業受診等証明書

次の者については、徳島市不育症治療費助成事業実施要綱第2条第1号の規定により、流産、死産医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

スタンプ可

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

※1 院外処方等で、別途費用が発生する場合は、当該費用の記載は不要です(領収書の添付が必要です)。

※2 医療保険の適用分の治療等を医療保険の適用外分として対象者に請求した場合の本人負担額は、助成の対象外なので記入しないでください。

Table with 3 columns: 対象となる検査及び治療を受けた者, 配偶者(事実婚を含む), and 領収金額合計. Includes fields for name (阿波 踊子), birth date (昭和62年5月4日), and treatment period.

実施した検査及び治療

- ・治療等期間に実施した検査及び治療のみ□にV印を記入してください。
・□にV印を記入した検査及び治療にかかった費用のうち、本人負担額を記入してください。

入院時の差額ベッド代、食事代、又は文書料等、直接治療等に関係のない費用は、含めないでください。

Table for medical insurance self-payment details. Includes a list of checked tests (e.g., anti-beta2GPI, antithrombin) and a monthly payment schedule totaling 42,000 yen.