

(様式第3号)

山梨県不育症治療費助成事業受診等証明書

山梨県知事殿

次のとおり不育症治療を実施したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

主治医氏名

(自署または押印)

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	( )	生年 月日	昭和 平成 年 月 日( 歳)
今回の治療内容	<input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン <input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計] 領収金額 円		
不育症治療の一部を他の医療機関に依頼した場合の医療機関名			
院外処方による投薬の有無	有 ・ 無		
当該医療機関所属日本産婦人科専門医名			
「ヘパリン在宅自己注射療法の適応と指針」の適応状況	適応している ・ 適応していない		
※上記基準に「適応していない」を選択し、ヘパリンを主とした不育症治療を行った場合は理由をお書きください。	理由)		