

別記

様式第2号（第6条関係）

不育症治療等実施医療機関証明書

年 月 日

次のとおり、不育症治療等に係る費用を徴収したことを証明します。

医療機関

所在地

名称

医師名

印

受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成	年 月 日
検査・治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
当該患者について	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 ( ) <input type="checkbox"/> 内分泌異常 ( ) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 ( ) <input type="checkbox"/> 子宮異常 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
検査・治療の内容	保険診療		保険診療外	
	<input type="checkbox"/> 検査 検査名 ( ) <input type="checkbox"/> 治療 治療内容 ( )	検査・治療の内容	<input type="checkbox"/> 検査 検査名 ( ) <input type="checkbox"/> 治療 治療内容 ( )	
本人負担額	円		本人負担額	円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		出産の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(注)1 助成対象者は、過去の流産、死産および早期新生児死亡歴が2回以上の方です。証明内容について、本人同意の下、彦根市が問い合わせる場合があります。

2 治療期間は、その妊娠に関する検査または治療を開始した日から出産または流産・死産の時点までが対象となります（ただし、不妊治療分および妊婦健康診査分は除く）。

3 院外処方がある場合は、それらに要した費用も対象となりますので、領収書の添付が必要となります。