

第2号様式(第6条関係)

阿賀野市不育症治療保険医療機関等証明書

阿賀野市長 様

受診者	生年月日	年 月 日
治療期間	※他の医療機関での検査、治療がある場合は、その期間も含んでください。 令和 年 月 日～令和 年 月 日 他の医療機関での検査・治療の実施（該当する方に☑し、医療機関名を記入してください。 <input type="checkbox"/> 有（医療機関 ） ・ <input type="checkbox"/> 無	
治療費	証明額（消費税は含まない） ・治療期間中に他市区町村から転入した場合は、夫婦両方が転入した日以降の治療費を記入してください。 ・転入日が不明な場合は、市の不育症治療助成担当課へ問い合わせください。 _____ 円 ※他院での検査、治療費も含んでください。	
治療が必要な理由と治療内容	該当する項目にチェックし、詳細を記載してください。 <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（ ） 治療内容 院外処方（該当する方に☑してください。） <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
治療結果	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産等 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
医療機関	上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称 主治医氏名 印	

注1) 「院外処方」の欄は、医療機関で院外処方を出した場合「有」に☑をしてください。「無」の場合、調剤薬局の調剤費は含みません。

注2) 治療費は、不育症治療に関する保険診療の検査料治療費をいいます。差額ベッド代、食事代、文書料、交通費、処方箋によらない医薬品、その他直接不育症治療に関係ないものは含みません。

注3) 検査費用については、不育症の原因を特定するために検査を行い、その後不育症治療を受ける場合は、助成対象になりますが、治療に至らなかった場合は助成対象になりません。

市記入欄	(転入日) 年 月 日	(備考)
------	-------------	------