

様式第2号（第7条関係）

不育治療費助成申請に係る証明書

次の者について、不育治療を実施し、これに係る治療費等を次のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

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	夫	()	妻	()
		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
領収年月日				
年 月 日～ 年 月 日				
領収金額 金 _____ 円				
[今回の治療・検査にかかった金額合計：医療保険適用外診療に限ります。]				
不育治療の理由	【診断名】			
主な治療内容	【今回の治療期間】 年 月 日 ～ 年 月 日			
	主治医氏名 _____ (印)			
	(主治医が自署又は記名押印)			

- *治療費等は、不育症治療に要した治療費・検査料とし、入院時の差額ベッド代や食事代など直接治療に関係ないものは含みません。
- *主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で不育治療を行った場合は、患者からの領収書の提出を受け、主治医が領収金額等を記入してください。
- *証明内容について、本人同意のもと三次市健康推進課職員が問合せする場合があります。