

様式第2号（第6条関係）

江南市不育症治療費助成金受診等証明書

次の者については、次のとおり不育症検査及び治療（調剤を含む。）を実施し、これに係る医療費〔保険適用外分〕を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

受診者	区分	氏名（ふりがな）	生年月日（年齢）
	夫	()	年 月 日 (歳)
	妻	()	年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日	
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
妊娠の有無 (記入時時点)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠継続中 <input type="checkbox"/> 出産後（流産、死産を含む）（出産日： 年 月 日）		
診断名	※不育症の診断がある方のみ 本事業の申請が可能です。		
当該患者について、該当するものにチェックし、詳細についてはかっこ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> その他			
不育症治療等の内容			
今回の検査及び治療 にかかった金額 ※保険診療外に限る	流産検体を用いた染色体検査以外の検査		円
	不育症治療		円
	合計		円

※注（医療機関等へのお願い）

- 1 院外処方がある場合、薬局の領収書の負担額（保険適用外）を含めた金額を領収金額に記載してください。
- 2 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。
- 3 治療期間とは、不育症検査及び治療を開始した日からその妊娠に関する出産（流産及び死産を含む）に至った日までの期間とします。治療途中で申請される場合（治療が年度をまたぐ場合年度ごとに1回のみ申請可能）は、当該前年度の3月から当該年度の2月末までの治療日を記載してください。