

様式第8号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成事業 医療機関受診証明書（不育症治療）

申請者記入欄	氏 名		生 年 月 日
	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
	住 所	〒 吉岡町大字	
	電話番号		

下記の者については、2回以上の流産等により不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用を以下のとおり徴収したことを証明します。

主治医記入欄	診療期間	年 月 日 ～ 年 月 日
	不育症治療の理由及び治療内容	<p>当該受診者について該当するものに○を付けてください。</p> <p>1. 免疫異常</p> <p>2. 内分泌異常</p> <p>3. 夫婦染色体異常</p> <p>4. 子宮の異常</p> <p>5. 先進医療として告示されている不育症検査</p> <p>6. その他（ ）</p> <p>〈治療内容〉</p> <p>1. 薬物療法（注射・内服）</p> <p>2. 手術（手術名 ）</p> <p>3. その他（ ）</p> <p>上記のとおり、証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>主治医氏名</p>

医療機関保険薬局記入欄	A. 保険診療負担額	円
	B. 保険診療適用外負担額	円
	C. 領収額合計（A+B）	円
	上記のとおり、証明します。	
	年 月 日	
	医療機関所在地・氏名又は名称	

*不育症治療に要した費用のみを証明してください。

*文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない経費は、含まないでください（途中で流産又は死産に伴い妊娠の継続が中断された場合は、流産又は死産の処置に係る経費は、対象経費に含まれません。）。

*医療機関等が複数の場合は、別に本文書を作成してください。