

加茂市 不育症治療費助成事業受診等証明書

医療機関証明欄	
(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	年 月 日 ( 歳)
貴医療機関における 診断及び治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
治療が必要な理由と治療内容 (該当するものにレ点)	<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 ( )  <b>【治療内容】</b> ( )
診断に要した費用(検査費)※	円
治療に要した費用(治療費)※	円 ※入院費、食事料、文書料、消費税、その他の直接不育症治療に関わらない費用及び母子健康手帳の交付日以降の保険診療の自己負担分は対象外です
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関の名称 主治医氏名 印	
調剤薬局証明書欄	
投薬を要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
領収金額合計 ※主治医の証明に基づかない日付のものは対象外です。	円
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 調剤薬局の名称 氏名 印	

- 上記検査・治療に係る領収額及び費用の明細を確認できる医療機関等が発行した書類を添付してください。  
母子健康手帳の交付日以降の保険診療の自己負担分は対象外です。
- 検査費用については、不育症を判断するための検査を行い、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。