様式第2号(第6条関係)

魚沼市不育症治療に係る保険医療機関等証明書

医療機関証明欄	
不育症治療を受けた者の氏名	(生年月日　　年　　月　　日)
今回の治療期間	※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。 年　月　日～　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。) □有(医療機関名　　)　・　□無
治療を終了した理由((該当に☑)	□生産　□流産等　□その他(　　)
治療が必要な理由と治療内容	該当する項目に☑し、治療内容を記入してください。 □　免疫異常　□　内分泌異常　□　夫婦染色体異常 □　子宮異常　□その他(　　) 治療内容 [　　] 院外処方(該当する方に☑してください。)　□有　・　□無
不育症治療に要した費用	○領収金額(消費税等含む) 円 ※1　他院での検査、治療費も含んでください。 ※2　出産費用、入院時の差額ベット代、食事代及び文書料、その他直接不育症の治療に関係ないものは、含めないでください。

上記のとおり不育症治療を行ったことを証明します。

年　月　日　　医療機関　所在地

名　称

主治医氏名　　㊞

魚沼市教育委員会　様

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☑してください。「無」の場合は、治療期間内であっても調剤薬局での調剤費は助成対象となりません。

注2) 助成対象の治療費は、不育症治療に要した保険診療の検査、治療費並びに保険診療外の検査及び治療費です。

注3) 検査費用については、不育症を判断するために検査を行い、その後不育症治療を受けた場合は助成の対象となりますが、治療に至らなかった場合は助成対象になりません。