第２号様式（第６条関係）

大府市不育症治療費補助金受診等証明書

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（調剤）費〔本人負担額〕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。）

受診者氏名	夫		妻		
受診者生年月日		年　月　日(　歳)		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	R　年　月　日～ R　年　月　日	
妊娠の有無（記入時時点）	□あり　□なし → □妊娠継続中 □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。 □子宮異常 □内分泌異常 □夫婦染色体異常 □抗リン脂質抗体症候群 □免疫異常 □その他	（　　）				
不育症治療等の内容					
領収金額	今回の検査及び治療にかかった金額　※保険診療外に限る 【不育症検査及び治療費】 流産検体を用いた染色体検査以外　領収金額　円 流産検体を用いた染色体検査　領収金額　円 合計　領収金額　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をいいます。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、当該年度の２月末までの治療日を記載してください。