

見附市不育症治療等受診等証明書

（提出先）見附市長

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| 受診者 | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 診断及び治療を実施した医療機関 （異なる医療機関が治療を実施した場合は以下の※欄に記入してください。） | 治療の期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| | 診断名 | |
| | 治療が必要な理由と治療内容 | 該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。 <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 [] |
| | 治療費 | 円 ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料 その他の直接治療に関わらない費用を除く。 |
| | 上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。 | |
| | | 所在地 医療機関名称 医師名 (※) |
| (※) 法人の場合は、記名押印してください。 法人以外でも、本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | |
| ※治療を実施した医療機関 | 治療の期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| | 診断名 | |
| | 治療が必要な理由と治療内容 | 該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。 <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 [] |
| | 治療費 | 円 ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料 その他の直接治療に関わらない費用を除く。 |
| | 上記のとおり、不育症治療等を継続して行ったことを証明します。 | |
| | | 所在地 医療機関名称 医師名 (※) |
| (※) 法人の場合は、記名押印してください。 法人以外でも、本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | |

注1 治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。

注2 検査費用については、不育症を判断するために検査をおこない、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。

注3 証明内容については、本人同意のもと、見附市職員が問い合わせをする場合があります。