

様式第2号（第6条関係） （表）

天草市不育症治療費助成事業医療機関受診等証明書

年 月 日

天草市長 様

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

㊞

電話番号

下記の者について、不育症と診断し、不育症治療を実施しましたので、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

記

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

夫	ふりがな 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
妻	ふりがな 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)

治療期間	年 月 日～ 年 月 日
<p>当該患者について、該当するものにチェックし、詳細を（ ）内に記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>免疫異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/>内分泌異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/>夫婦染色体異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/>子宮異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
主な治療内容	<p><input type="checkbox"/>抗血小板療法 <input type="checkbox"/>抗凝固療法 <input type="checkbox"/>漢方療法 <input type="checkbox"/>ホルモン療法</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>()</p>
治療の結果	出産・流産・死産・その他 ()

(裏)

	区分	保険診療分		保険適用外
		診療点数	本人負担金額	本人負担額
本人負担額の内訳	年 月分			
	年 月分			
領収金額	今回の治療にかかった合計金額			

【記入に当たっての注意事項】

- 1 本証明書は、医療機関において記入してください。
- 2 本証明書は、一治療期間ごとに作成してください。なお、一治療期間は、妊娠後に不育症治療（治療に係る検査を含む。以下同じ。）を開始した日から当該妊娠の終了（出産、死産又は流産等）までとします。
- 3 「本人負担額」の欄は、一治療期間において不育症治療に要した費用の合計金額を記入ください。ただし、次に掲げる費用は助成の対象となりませんので合計金額に含めないでください。
 - (1) 文書料、入院時の食事療養標準負担額及び個室料等不育症治療に直接関係のない費用
 - (2) 妊婦健康診査助成制度により助成を受けた健康診査、検査等に係る費用
 - (3) 他の市町村で助成対象となる不育症治療に係る費用
 - (4) 令和6年4月1日前に実施した保険適用外の不育症治療にかかる費用
- 4 不育症の診断を行う医療機関と治療を行う医療機関が異なる場合は、それぞれに証明書を作成してください。