様式第２号（第６条関係）

宇土市不育症治療費助成事業医療機関受診等証明書

【記載前に裏面の注意事項を必ず御確認ください。】

|  |
| --- |
| ①以外の医療機関で治療を実施した場合は、その医療機関で次の証明を受けてください。 |
| 治療期間 | 年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| 診断名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 徴収金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 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。□免疫異常　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□内分泌異常　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□夫婦染色体異常（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□子宮異常　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療の結果 | 出産・流産・死産・その他（　　　　　　） |
| 上記のとおり、不育症の治療を継続して実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。　　年　　　月　　　日医療機関　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　 　　　　　　　　（署名又は記名押印） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |
| ①不育症診断及び治療実施医療機関 |
| 治療期間 | 年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| 診断名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 徴収金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 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。□免疫異常　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□内分泌異常　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□夫婦染色体異常（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□子宮異常　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療の結果 | 出産・流産・死産・その他（　　　　　　） |
| 上記のとおり、不育症の診断後に治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。　　年　　　月　　　日医療機関　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　 　　　　　　　　（署名又は記名押印） |

【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　令和２年４月１日前から引き続き不育症の治療を行っている場合の「治療期間」の

欄の始期は、令和２年４月１日以降で最初に不育症に係る治療を受けた日としてくだ

さい。

４　「徴収金額」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)　医療保険各法に基づき給付の対象となる不育症治療に係る費用

(2)　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

　(3)　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

　(4)　他の市町村で助成対象となる不育症治療に係る費用

　(5)　令和２年４月１日前に実施した不育症治療に係る費用

５　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、①の欄を記載

後、本人に当該証明書をお渡しください。

６　一般社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関以外の医

療機関において不育症の診断又は治療を行う場合は、事前に宇土市へ御連絡ください。