

様式第8号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成事業 医療機関受診証明書（不育症治療）

申請者記入欄	氏名		生年月日
	夫		年月日
	妻		年月日
	住所	〒 吉岡町大字	
電話番号			

下記の者については、2回以上の流産等により不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用を以下のとおり徴収したことを証明します。

主治医記入欄	診療期間	年月日～年月日
	不育症治療の理由及び治療内容	<p>当該受診者について該当するものに○を付けてください。</p> <p>1. 免疫異常 2. 内分泌異常 3. 夫婦染色体異常 4. 子宮の異常 5. 先進医療として告示されている不育症検査 6. その他（ 　　〈治療内容〉 　　1. 薬物療法（注射・内服） 　　2. 手術（手術名） 　　3. その他（ 　　上記のとおり、証明します。 　　年月日 　　主治医氏名</p>

医療機関保険薬局記入欄	今回の治療（保険診療適用外に限る。）に要した合計金額	円
	上記のとおり、証明します。 年月日 医療機関所在地・氏名又は名称	

*不育症治療に要した費用のみを証明してください。

*文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない経費は、含まないでください（途中で流産又は死産に伴い妊娠の継続が中断された場合は、流産又は死産の処置に係る経費は、対象経費に含まれません。）。

*医療機関等が複数の場合は、別に本文書を作成してください。