様式第２号（第７条関係）

不育症治療等実施医療機関証明書

次のとおり、不育症治療を実施したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称
医療機関所在地
医師名

<table>
<tr><td colspan="5">【医療機関確認欄】（該当の場合は☑を入れてください）
☐　当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について保険診療で実施している。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">（ふりがな）
受診者氏名</td><td rowspan="2">本人</td><td></td><td rowspan="2">配偶者</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>助成対象者確認</td><td colspan="4">☐　２回以上の流産、死産又は早期新生児死亡の既往がある者
☐　医師が不育症と診断した者</td></tr>
<tr><td>不育症検査及び治療期間</td><td colspan="4">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>不育症検査又は治療内容</td><td colspan="4">【不育症検査】（下記該当項目に☑）
☐　子宮形態検査　　☐　内分泌検査
☐　夫婦染色体検査　　☐　抗リン脂質抗体
☐　凝固因子検査　　☐　流産絨毛染色体検査
☐　その他　（内容：　　）

【不育症治療】
治療内容：</td></tr>
<tr><td>受診者負担額</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td>院外処方</td><td colspan="4">☐　有　　☐　無</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

（注）１　治療期間は、今回の妊娠について不育症検査又は治療を開始した日から出産又は流産の時点までが対象となります。（不妊治療分及び妊婦健康診査費は除く。）

２　院外処方がある場合は、それらに要した費用も対象となりますので、領収書の添付が必要となります。

３　証明内容については、本人同意のもと敦賀市が問い合わせる場合があります。