様式第２号(第６条関係)

弥彦村不育症治療費助成事業受診等証明書

医療機関証明書欄	
不育症治療を受けた者の氏名	生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）
今回の治療期間	※他の医療機関での検査・治療がある場合は、その期間も含んでください。 年　月　日 ～　　年　月　日 ※他の医療機関での検査・治療の実施 （該当する方に☑し、医療機関名を記入してください） □有（医療機関：　　）　・　□無
治療が必要な理由と治療内容	◎該当する項目に☑し、治療内容を記入してください。 □免疫異常　□内分泌異常　□夫婦染色体異常 □子宮異常　□その他（　　） 【治療内容】 （　　） ○院外処方（該当する方に☑してください。）　□有　・　□無
不育症治療に要した費用	◎領収金額 自己負担額　　円 ※１　他院での検査治療費も含んでください。 ※２　出産費用、入院時の差額ベッド代、食事代及び文書料、その他直接不育症の治療に関係のないものは、含めないでください。

上記のとおり不育症治療を行ったことを証明します。

年　月　日　　医療機関　所在地

名　称

主治医氏名　　印

弥彦村長　様

調剤薬局証明書欄	
投薬を要した期間	年　月　日 ～　　年　月　日
投薬に要した費用 （薬剤費、調剤費を含む）	※処方箋によらない医薬品等の費用は助成対象外です。 円

上記のとおり証明します。

年　月　日　　調剤薬局　所在地

名　称

氏　名　　印

弥彦村長　様

注１）助成対象の治療費は不育症治療に要した保険診療外の検査及び治療費並び母子健康手帳交付前日までの保険診療の検査、治療費です。

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行い、その後不育症治療に至らなかった場合は助成対象になりません。