

様式第2号（第6条関係）

糸魚川市不妊・不育治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊及び不育治療以外の方法によっては、妊娠の見込がないか又は極めて少ないと思われるため、不妊及び不育治療を実施したことを証明します。

年 月 日

糸魚川市長 様

所在地
医療機関 名称
主治医氏名 印

(ふりがな) 氏 名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
不妊治療 内 容	・排卵誘発法 実施 回 ・タイミング療法 実施 回 ・人工授精 実施 回 ・体外受精 実施 回 ・顕微授精 実施 回 ・その他 ()			
	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	領収金額	円		
不育治療 内 容	該当区分にチェックしてください。 ☐ 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 〕			
	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	領収金額	円		
備 考	治療を中断した場合は、その理由を記入してください。			

※文書料、入院時の差額ベッド代、食事代、その他直接治療に関係のない費用は除く（消費税は含む）。
※不育症の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、その後不育治療を受ける場合は助成の対象になります。（治療に至らなかった場合は助成対象になりません。）