

新潟市不育症治療費助成事業受診証明書

（宛先）新潟市長

受診者			生年月日			
診断及び治療を実施し 出産等を扱った医療機関 (異なる医療機関が治療を実施した場合は以下の※欄に記してください。)	治療期間	年 月 日～ 年 月 日				
	治療費	円		院外処方	有 ・ 無	
	治療が必要な理由と治療内容	該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 [治療内容]				
	治療結果	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 流産等				
	上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 主治医氏名 印					
※検査及び治療を実施した医療機関	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
	治療費	円		院外処方	有 ・ 無	
	治療が必要な理由と治療内容	該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 [治療内容]				
	上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 主治医氏名					

（注1）「※検査及び治療を実施した医療機関」の欄は、夫が不育症の原因を特定するための検査を行った場合に記載してください。

（注2）「院外処方」の欄は、医療機関で院外処方を出した場合「有」に丸をしてください。「無」の場合、調剤薬局の調剤費は含みません。

（注3）治療費は、不育症治療に関する保険診療の検査料、治療費をいいます。差額ベッド代、食事代、文書料、交通費、処方箋によらない医薬品、その他直接不育症治療に関係ないものは含みません。

（注4）検査費用については、不育症の原因を特定するために検査を行い、その後不育症治療を受ける場合は、助成対象になりますが、治療に至らなかった場合は助成対象になりません。