

阿蘇市不育症治療費助成事業医療機関受診等証明書

(ふりがな) 受診者氏名	申請者	()	(パートナー) 配偶者	()
生年月日		年 月 日		年 月 日
①不育症診断及び治療実施医療機関				
次のとおり、不育症の診断後、その治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。				
年 月 日				
医療機関 名称				
所在地				
医師名				
印				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
診断名				
領収金額	円			
院外処方 した場合	処方内容 []			
当該患者について、該当するものにチェックをし、詳細についてカッコ内に記入してください。				
<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 []				

①から紹介された医療機関で治療を実施した場合は、その医療機関で次の証明を受けてください

②不育症治療実施医療機関				
次のとおり、不育症の治療を継続して実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。				
年 月 日				
医療機関 名称				
所在地				
医師名				
印				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
診断名				
領収金額	円			
院外処方 した場合	処方内容 []			
当該患者について、該当するものにチェックをし、詳細についてカッコ内に記入してください。				
<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 []				

【記入にあたっての注意事項】

- 1 本証明は、医療機関が記入してください。
- 2 本証明書は、一治療期間ごとに作成してください。なお、一治療期間とは、不育症の診断後に実施した治療及び治療に伴う検査等を開始した日から当該妊娠の終了（出産、死産又は流産等）までとします。
- 3 次に掲げる費用は助成の対象となりません。
 - ア 医療保険各法の規定に基づき保険給付の対象となる治療及び検査等に係る費用
 - イ 入院時の差額室料代、食事代、文書料、物品代、栄養補助食品代等の不育症の治療に直接係らない費用
 - ウ 妊婦健康診査助成制度により助成を受けた健康診査及び検査等に係る費用
 - エ 他の地方公共団体で助成を受けていた期間に係る不育症治療に係る費用
- 4 ①の不育症の診断を行った医療機関が、治療実施のため、他の医療機関を紹介する場合は、①の証明を記載後、本人に証明書をお渡しください。
- 5 一般社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関に所属する医師が在籍する医療機関以外が診断及び治療を行う場合は、事前に阿蘇市にご連絡ください。