

第2号様式（第6条関係）

伊勢原市不育症治療医療機関等証明書

伊勢原市長殿

受診者	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日 歳
	住所	
①不育症診断及び治療実施医療機関（※1）		
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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関の名称及び所在地 医師名 [自署してください]		
診断名		
貴医療機関での治療開始日		
申請証明理由	<input type="checkbox"/> 出産（流産、死産等を含む） <input type="checkbox"/> 治療期間が1年経過したため	
証明治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
当該患者について、該当するものにチェックをし、治療内容を（ ）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 [
保険外診療自己負担総額	証明治療期間中の保険適応外診療自己負担額を記入してください。 <div style="text-align: right;">円</div> *医療保険各法の規定に基づく保険給付が適応される不育症治療の費用、文書料、食事代、個室料等の不育症治療に直接関係しない費用、伊勢原市妊婦健康診査助成対象費用、他の地方公共団体の住民基本台帳に記載されていた期間の不育症治療費用は除く	

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（※2）		
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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関の名称及び所在地 医師名 [自署してください]		
診断名		
貴医療機関での治療開始日		
申請証明理由	<input type="checkbox"/> 出産（流産、死産等を含む） <input type="checkbox"/> 治療期間が1年経過したため	
証明治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
当該患者について、該当するものにチェックをし、治療内容を（ ）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 [
保険外診療自己負担総額	証明治療期間中の保険適応外診療自己負担額を記入してください。 <div style="text-align: right;">円</div> *医療保険各法の規定に基づく保険給付が適応される不育症治療の費用、文書料、食事代、個室料等の不育症治療に直接関係しない費用、伊勢原市妊婦健康診査助成対象費用、他の地方公共団体の住民基本台帳に記載されていた期間の不育症治療費用は除く	

※1 ①の診断に係る証明は厚生労働省から不育症に係る研究を分担している医師
 ※2 ①の医師が紹介する医療機関を行う不育症の治療をした医師 ②治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。
 ※ 証明内容について、交付申請担当職員が問い合わせをする場合があります。