

保険医療機関等証明書

医療機関証明欄	
不育症治療等を受けた者の氏名	
不育症治療等に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
不育症治療等の内容及び要した費用 ※不育症治療等を行うに当たり行った検査を含む。	<p>○治療内容を記載してください。</p> <p>()</p> <p>院外処方 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無</p> <p>○治療に要した費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療保険各法の適用を受ける治療 自己負担額 _____ 円 ・その他の治療に要した費用 _____ 円 <p>※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ないものは、含めないでください。</p>
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日 医療機関 所在地 名 称 主治医氏名</p> <p>(宛先) 新発田市長</p>	
調剤薬局証明欄	
投薬を要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
<p>○投薬に要した費用（薬剤費、調剤費を含む。） _____ 円</p> <p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日 調剤薬局 所在地 名 称 氏 名</p> <p>(宛先) 新発田市長</p>	

- 注1) 助成対象の治療費は、不育症治療等に要した保険診療の検査、治療費並びに保険診療外の検査及び治療費です。
- 注2) 検査費用については、不育症を判断するための検査も助成対象になります。
- 注3) 「院外処方」の欄は、医療機関で院外処方を出した場合「有」の□に「✓」印を記入してください。「無」の場合は、治療期間内であっても調剤薬局での調剤費は助成対象となりません。