

志木市不育症治療実施証明書

志木市長 様

次のとおり、不育症治療を実施したことを証明します。

年 月 日

（不育症治療実施医療機関）所在地

医療機関名

代表者

印

電話番号

主治医氏名

印

（主治医が自署又は記名押印）

受診者	フリガナ	生年月日	年 月 日（ 歳）
	氏 名		
助成対象となる不育症治療期間※1		年 月 日 から 年 月 日まで	
助成対象となる不育症治療に係る患者負担（領収）額※2		円	
助成対象の不育症治療費に係る領収年月日（期間）		年 月 日 ～ 年 月 日	
治療の内容 (該当するものに☑)	当該患者について該当するものにチェックし、詳細についてはカッコ内に記載してください。		
	<input type="checkbox"/> 凝固異常	()
<input type="checkbox"/> 子宮形態異常	()	
<input type="checkbox"/> 内分泌異常	()	
<input type="checkbox"/> 免疫異常	()	
<input type="checkbox"/> その他	()	

注意：この証明書は、医療機関が記載してください。

妊娠に伴い転院し、転院先で治療を継続して行う場合、転院前と後の各医療機関で証明書が必要となります。

※1：不育症治療期間は、不育症治療を開始した日からその妊娠に関する出産等に伴う治療が終了するまでの期間を記載すること。

※2：負担（領収）額は、入院時のベット代、食事代や文書代など直接医療に関係ないものは含まないものとする。