

別紙2（第3号様式関係）

不育症治療実施証明書

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

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。

(フリガナ) 受診者氏名	
受診者生年月日	年 月 日 (歳)
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
診断名	
当該患者について、該当するものにチェックをし、詳細については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 ()	
紹介元医療機関	※不育症の治療継続のため、紹介を受けた医療機関名を必ずご記入ください。 [紹介元医療機関名 :]

※不育症治療実施証明書のみ提出は、証明書として認められません。必ず不育症診断等
 証明書を添えて提出してください。

(裏面も必ずお読みください。)

【 記入上の注意 】

- ① 本証明書は、医療機関が記入してください。
- ② 本証明書は1 治療期間に対して1 枚作成してください。治療期間は、紹介元医療機関から紹介された後に実施した治療および治療に伴う検査等を開始した日からその妊娠に関する出産（流産・死産等を含む）までの期間を1 治療期間とします。（ただし、1 治療期間でその妊娠に関する出産（流産・死産等を含む）までに、治療継続のため紹介元医療機関に戻した場合（逆紹介した場合）は、本証明書を記入した医療機関において治療を終了した日までとします。）
- ③ 証明内容について、本人同意のもと茅ヶ崎市保健所地域保健課職員が問い合わせをする場合があります。

【 事務担当 】 茅ヶ崎市保健所地域保健課保健指導担当 0467-38-3314