

五泉市不育症治療費等助成事業受診証明書

(宛先)五泉市長

受診者		生年月日	年 月 日
診断及び治療を実施した医療機関(異なる医療機関が治療を実施した場合は以下の※欄に記入してください。)	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	治療が必要な理由と治療内容	該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。 <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() (治療内容)	
	治療費	円	※文書料、入院時の差額ベット代、食事代、その他の直接治療に関わらない費用を除く。
	上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。		年 月 日
※治療を実施した医療機関	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	治療が必要な理由と治療内容	該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。 <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() (治療内容)	
	治療費	円	※文書料、入院時の差額ベット代、食事代、その他の直接治療に関わらない費用を除く。
	上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。		年 月 日

※検査費用については、不育症を判断するための検査を行い、その後不育症治療を受ける場合は助成対象になりますが、治療に至らなかった場合は助成対象になりません。