別記様式第２号

新潟市不育症治療費助成事業受診証明書

年　　月　　日

（あて先）新潟市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等※1　（主治医の自署又は記名押印）

　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記のとおり不育症治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 今回証明する医療機関等 | □出産等を扱った医療機関　　　□検査・治療のみ実施した医療機関　　　□保険薬局 |
| （ふりがな）受診者氏名 | （　　　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 保険診療に要した総点数 | 　　　　　　　　点 | 保険診療分の本人負担額 | 　　　　　　　　　円 |
| 本人負担等の内訳 | 　　　　　　　保険診療分　　　**※不育症治療に係るもののみ記入** |  |
| 区分 | 診療点数 | 負担金額 |
| 年　　４月分 | 　　　　　　　点 | 　　　　　　　　　　円 |
| 年　　５月分 |  |  |
| 年　　６月分 |  |  |
| 年　　７月分 |  |  |
| 年　　８月分 |  |  |
| 年　　９月分 |  |  |
| 年　１０月分 |  |  |
| 年　１１月分 |  |  |
| 年　１２月分 |  |  |
| 年　　１月分 |  |  |
| 年　　２月分 |  |  |
| 年　　３月分 |  |  |
| 不育症治療が必要な理由と治療内容※2 | 該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。□免疫異常　　　□内分泌異常　　　□夫婦染色体異常　　□子宮異常　□その他［　　　　　　　　　　　　　　　］治療内容 |
| 治療結果※2 | □生産　　　　　□流産等　　　　　 |
| 特記事項 |  |

※1　院外処方がある場合は、医療機関と保険薬局それぞれに証明書を作成してください。

※2　検査・治療のみ実施した医療機関、保険薬局の場合は記載不要です。

　　　　　　　　裏面の記載をお読みください

【注意事項】

〇治療費は、不育症治療に関する保険診療の検査料、治療費をいいます。差額ベッド代、食事代、文書料、交通費、処方箋によらない医薬品、その他直接不育症治療に関係ない費用は含みません。

〇検査費については、不育症の原因を特定するために検査を行い、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。

○夫婦それぞれが治療を受けた場合は、それぞれに受診証明書を提出する必要があります。

○出産等を扱った医療機関は、「今回の治療期間」の期間終了日を出産・流産等の年月日を記載してください。