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。