

様式第 2 号（第 6 条関係）

守谷市不育症治療費医療機関受診証明書

守谷市長 宛て

下記の者については、2 回以上の流産等※¹により不育症検査又は治療を実施し、これに係る費用（保険適用外診療）を次のとおり領収したことを証明します。

記

(フリガナ) 受診者の氏名	()	生年月日	年 月 日
受診者の住所			
検査及び 受診期間	年 月 日から 年 月 日まで		
保険適用外の 不育症治療等の 内 容			
領 収 金 額	円（保険適用外の自己負担額）		
備 考 ※ 2			
不育症治療等 実施医療機関	上記のとおり不育症治療等を実施したことを証明します。 年 月 日 医療機関名 所在地 主治医氏名 ⑩		

※ 1 助成対象者は、過去に流産又は死産歴が合わせて 2 回以上の夫婦です。

※ 2 領収金額に、主治医の指示により主治医の属する医療機関以外の医療機関で行った治療費や、院外処方などで支払った費用を含めた金額が記載できない場合は、医療機関名や薬局名を記載してください。

茨城県助成事業の対象検査についてのみ助成金の交付を申請する場合は、提出は不要です。