

倉敷市不育症治療費用助成金給付事業に係る受診等証明書

次の者について、2回以上の流産若しくは死産又は早期新生児死亡の既往があるため、不育症の治療を実施し、これに係る医療費（保険診療外）を次のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日 医療機関 所在地

名称

電話番号

主治医氏名

自署又は記名押印

医療機関記入欄（主治医※1が記入すること）

受診者氏名	
受診者生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
流産・死産等の 既往歴	☐ 2回以上あり ☐ 左記以外（早期新生児死亡等）
治療の 方法・内容	
今回の治療に かかる期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
領収金額 ※2	_____ 円

※1 一般社団法人日本生殖医学会が認定する生殖医療専門医に限る。
※2 「領収金額」欄には、不育症の治療に要した費用のうち、医療保険適用外の自己負担額（入院時の差額ベッド代や食事等の不育症の治療に直接関係のないものを除く。）を記入してください。