

厚木市不育症治療費助成金受診等証明書

(宛先)
厚木市長

医療機関記入欄(主治医が記入してください)

	男性	女性
フリガナ		
受診者氏名		
受診者住所	□左に同じ	
受診者生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)

①不育症診断及び治療実施医療機関(※1)

次のとおり、不育症の診断後、その治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

医師名

(自署又は記名押印してください。)

治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
診断名		
当該患者について、該当するものにチェック、治療内容をカッコ内に記入してください。	<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 ()	
治療費(領収金額)	※不育症の診断に係る検査費用は除く。 円	※治療期間中の保険適用外自己負担額を記入してください。
紹介先医療機関名	※貴院より紹介した医療機関がある場合は必ず紹介先医療機関をご記入ください。	

①から紹介された医療機関で治療を実施した場合は、その医療機関で次の証明を受けてください。

②不育症治療実施期間(※2)

次のとおり、不育症の診断後、その治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

医師名

(自署又は記名押印してください。)

治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
診断名		
当該患者について、該当するものにチェック、治療内容をカッコ内に記入してください。	<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 ()	
治療費(領収金額)	円	※治療期間中の保険適用外自己負担額を記入してください。

【記入上の注意】

- ※1 ①の診断に係る証明は、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が記載してください。
- ※2 ②治療実施医療機関のみの証明は、証明として認められません。
- ※ 本証明書は、1治療期間ごとに作成してください。
- ※ 令和8年4月1日以前から引き続き不育症の治療を行っている場合、治療期間の始期は令和8年4月1日以降、最初に不育症に係る治療及び検査等を受けた日としてください。
- ※ 証明内容について、厚木市職員が問い合わせをする場合があります。