様式第２号（第7条関係）

阿賀町不育症治療受診等証明書

（ふりがな）	夫		妻	
氏名				
生年月日		年　月　日（　歳）		年　月　日（　歳）

医療機関証明欄

治療期間	他院での検査・治療がある場合は、その期間も含め記入してください。 年　月　日 ～　年　月　日 まで ※令和5年4月1日からの治療が対象 他院での検査・治療の実施 （該当する方に☑し、医療機関名を記入してください。） ☐ 有（医療機関名　　）　☐ 無
治療内容 （該当するものに☑し、詳細を記載）	治療が必要な理由 ☐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 （　　） 院外処方の有無　☐あり　☐なし

治療に要した費用（　①保険診療費の一部負担金＋②保険適応外医療費の自己負担分）

※　新潟県不育症検査費用助成事業の対象となる検査は対象外です。

※　母子健康手帳交付日の翌月からは、保険診療費の一部負担金は「阿賀町妊産婦医療費助成」の対象となるため「阿賀町不育症治療費助成」の対象外となります。保険適応外医療費の自己負担分のみ対象となります。

①保険診療費の一部負担金　　②保険適応外医療費の自己負担分

合計　　円　＋　合計　　円

＝　助成申請額　　円

※入院料、文書料、食事料及び消費税等の治療に直接関係のない費用は除きます。

※不育症治療に必要な検査等も含まれます。ただし、不育症を判断するための検査を行い、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。

上記のとおり証明します

年　月　日

所在地

医療機関の名称

阿賀町長　宛て　　主治医氏名　　印