

海老名市不育症治療費助成事業受診等証明書

海老名市長 殿

次のとおり不育症の検査・治療を実施したことを証明します。

受診者	ふりがな 受診者氏名	生年月日	年 月 日
	受診者住所		
治療実施 医療機関 記入欄	治療期間	年 月 日～	年 月 日
	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常		
	先進医療として告示された 不育症検査の実施	有 ・ 無	
	(有の場合) 先進医療技術名		
	上記のとおり、不育症治療を行ったことを証明します。 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師名		
	治療継続のため、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御記入ください。()		
治療実施 医療機関 記入欄	治療期間	年 月 日～	年 月 日
	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常		
	先進医療として告示された 不育症検査の実施	有 ・ 無	
	(有の場合) 先進医療技術名		
	上記のとおり、不育症治療を行ったことを証明します。 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師名		
	治療継続のため、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御記入ください。()		

(裏面も必ずお読みください。)

【記入上の注意】

- ①本証明書は、医療機関が記入してください。
- ②本証明書は治療期間ごとに1枚作成してください。治療期間は、不育症の診断後に実施した治療及び治療に伴う検査等を開始した日からその妊娠に関する出産（流産及び死産を含む。）に伴う治療が終了した日（治療継続のため、別の医療機関を紹介した場合は、本証明書を記入した医療機関における治療を終了した日）までとします。先進医療として告示された不育症検査を行った場合は、その検査日も治療期間に含まれます。
- ③証明内容について、本人同意のもと海老名市職員が問い合わせをする場合があります。