別記様式第２号（第６条関係）

竹原市不育症治療費等助成事業申請に係る証明書

次の者については，不育症に係る治療費等を実施し，これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の住所

名称　　㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

<table>
<tr><td rowspan="2">（ふりがな）
氏名</td><td>夫</td><td>（　　）</td><td rowspan="2">生年月日</td><td>年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>妻</td><td>（　　）</td><td>年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="3">不育症の検査及び治療を必要とした理由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">今回の検査・治療期間</td><td colspan="2">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">今回の領収金額（ 注1 ）</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="3">検査・治療内容</td><td colspan="2">☐ 抗血小板療法　☐ 抗凝固療法
☐ 漢方療法　☐ ホルモン療法
☐ 子宮卵管造影　☐ その他
（　　）
主治医氏名　　印
（主治医が自署または記名押印）</td></tr>
</table>

（注1）領収金額は，医療保険適応外の不育症治療に関する検査料及び治療費について記載してください。ただし，入院時の差額ベッド代，食事代など直接治療に関係のないものは，除いてください。