

不育症治療実施証明書

年 月 日					
（あて先）横須賀市長					
所在地					
医療機関 名 称					
主 治 医 氏 名 ㊟					
次の者については、不育症の治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。					
受診者氏名	夫		生年月日	夫	年 月 日（ 歳）
	妻			妻	年 月 日（ 歳）
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
不育症治療を必要とした理由					
治療内容					
医療費	円 （保険適用外の自己負担額）				
紹介元医療機関の有無	有 ・ 無				
	* 不育症の治療継続のため、紹介を受けた医療機関がある場合は、必ずその医療機関名をご記入ください。 （ 医療機関名 : ）				

- * 治療期間は、不育症の診断を受けた後に実施した治療および治療に伴う検査等の期間をさします。
- * 不育症治療実施証明書（第3号様式）のみの提出は、証明書として認められません。必ず、不育症診断等証明書（第2号様式）を添えて提出してください。
- * 証明内容について、本人同意のもと横須賀市子ども健康課職員が問い合わせをする場合があります。

【事務担当】 横須賀市子ども健康課 不育症治療費助成担当 046-824-7141