

様式第 2 号（第 5 条関係）

牛久市不育症検査及び治療費医療機関受診証明書

牛久市長 様

下記の者については、2 回以上の流産等^{注)}により不育症検査及び治療を実施し、
これに係る費用（保険適用外診療）を下記のとおり徴収したことを証明します。

フリガナ 受診者の氏名		生年月日	年 月 日
受診者の住所	(〒 -)		
検査及び治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
診 断 名			
保 険 適 用 外 の 検 査 ・ 治 療 内 容			
領 収 金 額	円 （保険適用外の自己負担額）		
検 査 及 び 治 療 実 施 医 療 機 関	上記のとおり不育症検査及び治療を実施したことを証明します。 年 月 日 医療機関名 所 在 地 医 師 氏 名 印		

注) 助成対象者は、過去の流産及び死産歴が 2 回以上の方です。ただし、茨城県不育症検査
費助成事業での対象となる先進医療として告示されている不育症検査に要した費用は対
象外となります。