様式第２号（第６条関係）

不育症治療実施証明書

熊谷市長　　宛

次のとおり、熊谷市不育症治療費助成金の補助対象となる不育症治療を実施したことを証明します。

年　　月　　日

（不育症治療実施医療機関）　所　在　地

医療機関名

電 話 番 号

主治医氏名

<table>
<tr><td rowspan="2">受診者</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">治　療　期　間</td><td colspan="3">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">助成対象となる不育症治療に係る患者の自己負担額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">不育症治療の理　由</td><td colspan="3">受診者について、該当する項目にチェックするとともに、その詳細を括弧内に記載してください。
□　免疫異常（　　）
□　内分泌異常（　　）
□　夫婦染色体異常（　　）
□　子宮の異常（　　）
□　その他（　　）</td></tr>
</table>

（備考）

１　この実施証明書は、不育症治療を実施した医療機関の医師が記入すること。

２　「治療期間」欄については、不育症治療を開始した日から出産し、又は死産し、若しくは流産した日までの期間を記入すること。

３　「助成対象となる不育症治療に係る患者の自己負担額」欄については、保険給付又は短期給付の対象とならない不育症治療に要した費用（診断書の作成手数料、入院時における差額ベッド代、食事代その他の直接治療に要した費用以外のものを除く。）を記入すること。