

様式第2号（第6条関係）

茨城県不育症治療費医療機関受診証明書

茨城県長 様

下記の者については、2回以上の流産等により、不育症治療を実施し、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			
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
診断名			
保険適用外の治療内容			
領収金額	円 （保険適用外の自己負担額）		
治療実施医療機関	上記のとおり不育症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		

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。