様式第２号（第６条関係）

保険医療機関等証明書

<table>
<tr><td colspan="2">医療機関証明欄</td></tr>
<tr><td>不育症治療を受けた者の氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>不育症治療に要した期間</td><td>年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td>不育症治療の内容及び要した費用
※不育症治療を行うに当たり行った検査を含む。</td><td>○治療方法の該当箇所の□に「✓」印を記入し、治療内容を記入してください。
□免疫異常　□内分泌異常　□夫婦染色体異常
□子宮異常　□その他（　　）
【治療内容】
（　　）
院外処方　□有　・　□無
○治療に要した費用
・医療保険各法の適用を受ける不育症治療
（母子健康手帳交付日の前日までのものに限る。）
自己負担額　　円
・医療保険各法の適用を受けない不育症治療
治療費　　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記のとおり証明します。
年　月　日
所在地
医療機関　名　称　　印
主治医氏名
（宛先）三条市教育委員会</td></tr>
<tr><td colspan="2">調剤薬局証明欄</td></tr>
<tr><td>投薬を要した期間</td><td>年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">○投薬に要した費用（薬剤費、調剤費を含む。）　　円
※処方箋によらない医薬品等の費用は助成対象外です。

上記のとおり証明します。
年　月　日
所在地
調剤薬局　名　称　　印
氏　名
（宛先）三条市教育委員会</td></tr>
</table>

注　「院外処方」については、医療機関で院外処方を出した場合は、「有」の□に「✓」印を記入してください。「無」の場合は、治療期間内であっても調剤薬局での費用は助成対象となりません。