

日立市不育症治療費助成事業受診証明書

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

令和 年 月 日

受診者	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
検査及び治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
主な検査及び治療内容	※妊娠中の治療の場合は出産予定日を記入してください。（令和 年 月 日）	
領収金額	円（保険診療外の額）	
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。 令和 年 月 日 日立市長 様 医療機関 所在地 名称 主治医	

注）助成対象者は、過去に流産及び死産歴が2回以上のかたです。