

出雲崎町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療(体外受精及び顕微授精)以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

出雲崎町長 様

指定医療機関

所在地

名称

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄(治療に関する事項については主治医がご記入ください。)

ふりがな 氏名	夫	妻
生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
<p>○当該患者が過去に行った不妊治療について該当箇所に記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タイミング療法 《 実施()回 ・ 未実施 》 ・排卵誘発法 《 実施()回 ・ 未実施 》 ・人工授精 《 実施()回 ・ 未実施 》 ・体外受精 《 実施()回 ・ 未実施 》 ・顕微授精 《 実施()回 ・ 未実施 》 ・手術療法 《 実施()回 ・ 未実施 》 () ・その他 () <p>○特定不妊治療を必要とした理由について記入してください。</p>		
今回の治療方法	(1 体外受精 2 顕微授精) 該当する番号に○を付けてください。	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
今回の治療内容(治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。)		
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額	円(保険外診療のみ記入してください。)	

※ 医療機関発行の領収書の写しを添付してください。