

久万高原町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）又は一般不妊治療に関する検査を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
治療・検査方法	<input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術（ ） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査（治療の一環によるものに限る。） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
特記事項				
領収金額	[今回の治療にかかった合計金額（本人負担額）] _____円			

※院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。
 ※食事代、文書料、個室料等の治療費に直接関係ない費用は除いて作成してください