

御嵩町不妊治療費助成事業受診等証明書(特定不妊治療用)

御嵩町長 宛て

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない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 ㊟

医療 機 関	(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
	受診者 生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
記入欄	◎ 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。 ・ タイミング療法 ・ 排卵誘発法 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 手術療法 ・ その他 ◎ 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。				
主治 医 が 記 入 す る こ と	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			
	今回の治療内容について記入してください。(※1)				
	領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
	領収金額 _____ 円 (※2) 特定不妊治療に要した費用				

※1 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。
 ※2 保険外診療である特定不妊治療に要した費用を記入してください。
 注記 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる混合診療を認めるものではありません。