

御嵩町長 宛

年 月 日

主治医氏名

印

医 療 機 関 記 入 欄	(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)
主 治 医 が 記 入 す る こ と	◎ 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。				
	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				

注記 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる行う混合診療を認めるものではありません。