

草津町特定不妊治療費助成事業 受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込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、これに係る医療費を下記の通り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		()		()
受診者生年月日	夫	昭和・平成 年 月 日	妻	昭和・平成 年 月 日
<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下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タイミング法 (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) ・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下さい。</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○を付けて下さい			
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下さい。(治療を中断した場合は、その経過についても記入して下さい。)				
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
	領収金額 _____ 円			
(金額は、特定不妊治療に係わる保険診療適用外の検査費及び治療費を記載して下さい)				

添付書類：医療機関発行の領収書（申請の際には裏面等に貼付せずに持参して下さい）