

様式第2号 (第5条関係)

受給者番号

下郷町特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、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とおり徴取したことを証明します。

年 月 日

下郷町長 様

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄 (主治医が記入)

受診者	フリガナ	夫		妻	
	氏名				
	生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
当該患者が過去に行った不妊治療について当該箇所に記入してください					
・タイミング療法 実施 回 未実施					
・排卵誘発法 実施 回 未実施					
・人口授精 実施 回 未実施					
・体外授精 実施 回 未実施					
・顕微授精 実施 回 未実施					
・手術療法 実施・未実施 手術					
・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	A B C D E F 該当する記号 (裏面参照) に○をつけてください	A又はBの場合 1 体外受精 ・ 2 顕微授精 該当する番号に○をつけてください			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください ()			(精子回収の有無) 有 ・ 無	
領収金額	(今回の治療にかかった金額合計※保険診療外に限る)				
	特定不妊治療 (男性不妊治療費除く)	領収金額	円		
	男性不妊治療費	領収金額	円		

(領収書等の書類は裏面添付又は別添付)