

受給者番号

下郷町不妊治療・不育症治療費受診等証明書

年 月 日

下郷町長

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印

下記の方について不妊治療、又は不育症治療を実施し、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。

受診者	フリガナ	夫		妻	
	氏名				
	生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
診断名					
今回の治療方法	該当する治療に✓をつけ、詳細については（ ）内へご記入ください。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 （ ） <input type="checkbox"/> 人工授精 （ ） <input type="checkbox"/> 体外受精 （ ） <input type="checkbox"/> 顕微授精 （ ） <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 （ ） <input type="checkbox"/> 薬物療法 （ ） <input type="checkbox"/> 先進医療 （ ） <input type="checkbox"/> 不育症治療 （ ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）				
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
領収金額	（今回の治療にかかった金額合計：保険適用分と保険適用外分あわせて金額を記入） 円				

（領収書、診療明細書等の書類は裏面添付又は別添付）