

中央市不妊治療費等助成金受診証明書

次の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名

主治医氏名

⑩

※主治医記入欄

(フリガナ)				
受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
当該患者に行った不妊治療について○を記入してください。				
	タイミング療法		排卵誘発法	
	体外受精		顕微授精	
	手術療法		精巣内精子生検採取法	
	精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術			
	その他治療法( )			
上記の治療を必要とした理由(治療を中断した場合は、その経過についても記入)				
妊娠成立	無 ・ 有			
院外処方	無 ・ 有 (処方日: 年 月 日)			

※医療機関記入欄

領収期間	年 月 日 ~		年 月 日	
領収金額	不妊治療に要した費用(※)			円
	男性不妊治療に要した費用(※)			円

※費用には、文章作成料、入院室料、食事等直接治療に関係のない費用は含まないものとする。