

宍粟市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領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 住 所

名 称

代表者

⑩

電話番号 () ー

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(フリガナ) 受診者氏名		()		()
受診者生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
<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。(他の医療機関分も含む※1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タイミング療法 (実施 (回)・未実施) ・排卵誘発剤 (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) ・手術療法 (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。(※2)				
領収年月日	年 月 日～ 年 月 日			
領収金額 _____ 円 (※3)				

※1：わかる範囲で他の医療機関で行った治療についても記載して下さい。

※2：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。

※3：領収年月日及び領収金額の一致する領収書を別途添付して下さい。