

様式第2号(第5条関係)

不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

愛南町長 様

医療機関等
所在地
名称
主治医氏名

㊞

下記のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄 (主治医が御記入ください。)

一般のみ 特定のみ

		妻		夫	
(ふりがな) 患者氏名		()		()	
生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)	
治療開始年月日		年 月 日		院外処方の有無 有 ・ 無	
不妊治療実施月	区分	保険診療分		保険外医療費分 (自己負担額)	
		医療費総額	自己負担額		
年 4月分		円	円	円	
年 5月分		円	円	円	
年 6月分		円	円	円	
年 7月分		円	円	円	
年 8月分		円	円	円	
年 9月分		円	円	円	
年 10月分		円	円	円	
年 11月分		円	円	円	
年 12月分		円	円	円	
年 1月分		円	円	円	
年 2月分		円	円	円	
年 3月分		円	円	円	
領収金額 (今回の治療の合計金額)		不妊治療費(男性不妊治療費を除く。)		円	
		男性不妊治療費		円	
治療内容		<input type="checkbox"/> 不妊検査(治療の一環によるものに限る。) <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療		<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他	

※入院時の食事療養費及び差額ベッド代並びに文書作成料は、助成対象外のため記載しないでください。