【伊方町】様式第2号(第6条関係)

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり一般不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)又は一般不 妊治療に関する検査を実施し、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

印

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな)		()			()
受診者氏名	夫						妻				
受診者生年月日		年		月	F	生	安		年	月	日生
				(万	轰)				(歳)
治療期間		年	Ē	月	日	\sim		年	月	日	
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入又は印をしてくださ											
٧٠°											
□ タイミング法 □ 薬物療法											
□ 検査(超音波検査 ・ 卵管疎通性検査 ・ 子宮鏡検査										•	
内分	分泌核	產		その	他)
□ 手術療法				人工授料	青						
□ その他()
 特 記 事 項											
[今回の治療にかかった合計金額]											
領収金額											
	領収金額							Д	<u>]</u>		