

| | |
|-------|--|
| 受給者番号 | |
|-------|--|

川辺町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によっては妊娠の見込みがない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徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

| | | | |
|--|---|-----------|-----------|
| ふりがな | | | |
| 受診者氏名 | 夫 | | 妻 |
| 受診者生年月日 | | 年 月 日(歳) | 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ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タイミング療法 <input type="checkbox"/> 実施(回) <input type="checkbox"/> 未実施 ・排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 実施(回) <input type="checkbox"/> 未実施 ・人工授精 <input type="checkbox"/> 実施(回) <input type="checkbox"/> 未実施 ・体外受精 <input type="checkbox"/> 実施(回) <input type="checkbox"/> 未実施 ・顕微授精 <input type="checkbox"/> 実施(回) <input type="checkbox"/> 未実施 ・手術療法 <input type="checkbox"/> 実施(方法) <input type="checkbox"/> 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ください。</p> | | | |
| 今回の治療方法 | <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 | | |
| 今回の治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| <p>●今回の治療内容について記入してください。(*1)</p> | | | |
| 領収年月日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 領収金額 | 円(*2)特定不妊治療に要した費用 | | |

*1 治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。

*2 保険外診療である特定不妊治療に要した費用を記入してください。

注) 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる行う混合診療を認めるものではありません。