

別記様式第2号（第4条関係）

市貝町不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

市貝町長 様

医療機関の所在地及び名称

主治医 ⑩  
(電話番号 )

下記の者については、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、保険適用外不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおりに徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄（太枠内は主治医が記入してください）

受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の治療	(治療方法) ・タイミング療法 ・排卵誘発法 ・人工授精 ・体外受精 ・顕微授精 ・手術療法 ・その他 ( )			
	(治療内容)			
	(妊娠の有無) 有 ・ 無 どちらかに○をつけてください			
今回の治療期間	年 月 日～		年 月 日	
今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る	領収期間 年 年 月～		年 月 日	
	領収金額		円	

※ 受診者が添付する書類…領収書（コピー可）