

(様式第2号)

大潟村不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療等を実施し、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 印
電話番号

記

医療機関記入(主治医がご記入下さい)

	夫	妻
ふりがな 受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の治療方法	体外受精 ・ 顕微授精 ・ 男性不妊治療 ・ 一般不妊治療 ・ 不育症治療	
今回の治療期間	年 月 日 ~	年 月 日
治療内容		
他院での治療、 院外処方について	1. 治療の一部を協力医療機関へ指示した。 協力医療機関名 () 2. 院外処方を指示した。	
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 領収金額 円	

(様式第2号の2)

大潟村不妊治療費助成事業協力医療機関受診等証明書

下記の者が行っている不妊治療等の実施に協力し、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

協力医療機関の名称
及び所在地

主治医氏名 印
電話番号

記

医療機関記入(主治医がご記入下さい)

	夫	妻
ふりがな 受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の治療方法	体外受精 ・ 顕微授精 ・ 男性不妊治療 ・ 一般不妊治療 ・ 不育症治療	
今回の治療期間	年 月 日 ~	年 月 日
治療内容		
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 <u>領収金額</u> 円	