

(様式2)

大潟村特定不妊治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、保険適用外の特定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・人工授精・不育症治療・男性不妊治療	
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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 ※保険適用外に限る。 領収金額 円	