

愛荘町不妊治療助成事業受診等証明書

次の者については、下記の不妊治療方法によるものでないと妊娠の見込みがないかまたは可能性が極めて少ないと思われるため、下記の不妊治療法を実施し、これに係る医療費を次のとおり領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

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
今回の治療方法 (該当する番号に○をつけてください) 1. 体外受精 2. 顕微授精 3. 人工授精				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
上記不妊治療を必要とした理由について記入してください。				
今回の治療内容について記入してください。				
領収年月日 領収金額	年 月 日 ~ 年 月 日 領収金額 円			