深浦町不妊治療費助成事業受診等証明書

　下記の者については、保険適用による不妊治療を行ったため、これに係る医療費を下記の通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（主治医が記入すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受診者氏名 | （　　　　　　　　　　　） | 生年月日 |
| 年　　月　　日（　　歳） |
| 今回の治療方法 | １.　タイミング法　　　２.　人工授精　　　　３.　体外受精  ４.　顕微授精　　　　　５.　男性の不妊手術  該当する番号に〇をつけてください | |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | |
| 該当する場合に〇をつけ記入してください | １　治療の一部を協力医療機関に依頼した  　　　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】  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | |

**※食事代・入院費・文書料・個室料金は対象外**