

特定不妊治療受診等証明書

次の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、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

西脇市長

様

医療機関の名称及び所在地

所在地

名 称

主治医

医療機関記入欄(主治医が記入すること)				
(フリガナ) 氏 名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
○当該患者が、過去に行った不妊治療について該当箇所を記入してください。				
<ul style="list-style-type: none"> ・ タイミング療法 (実施・ 回) ・ 未実施 ・ 排卵誘発剤投与 (実施・ 回) ・ 未実施 ・ 人工受精 (実施・ 回) ・ 未実施 ・ 体外受精 (実施・ 回) ・ 未実施 ・ 顕微授精 (実施・ 回) ・ 未実施 ・ 手術療法 (実施・ 未実施) (手術方法) ・ その他 () 				
今回の治療方法	(1 体外受精 2 顕微授精) 該当する番号に○をつけてください。 男性不妊治療を行った場合は手術方法を記載してください。 () 実施医療機関名 ()			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
○今回の治療内容について、記入してください。※				
領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日 領収金額 円 (うち、特定不妊治療費 円 男性不妊治療費 円)				

※ 治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。