

様式第2号（第6条関係）

上峰町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

下記の者については、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、人工授精、体外受精及び顕微授精治療、並びに男性不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記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

⑩

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
受診者住所	※夫婦の住所が同じの場合は、記入不要。			
子どもの有無	無 有（ 人）			
今回の治療期間	年 月 日 ～		年 月 日	
今回の治療方法及び内容	※該当するものすべてに○をつけてください。			
	1 人工授精	妊娠（ 有 ・ 無 ）		
	2 体外受精	妊娠（ 有 ・ 無 ）		
	3 顕微授精	妊娠（ 有 ・ 無 ）		
	4 男性不妊治療	妊娠（ 有 ・ 無 ）		
今回の治療で他の医療機関等への依頼の有無	無 有（医療機関名： ）			
領収年月日	年 月 日 ～		年 月 日	
領収金額（保険外診療に限る）	金		円（税込）	
	〔 内訳 人工、体外、顕微治療		円（税込）	
	男性不妊治療		円（税込）	

※医療機関発行の領収書をご持参ください。