

丹波山村不妊治療費助成事業不妊治療受診等証明書

下記の者について、不妊治療した（治療中である）ことを証明する。

指定医療機関 所在地  
 名称  
 主治医氏名

㊞

実施医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

ふりがな 受診者氏名	夫	-----		妻	-----	
		年 月 日 ( 歳)			年 月 日 ( 歳)	
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)			年 月 日 ( 歳)	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
○治療内容について該当箇所に記入してください。  ・タイミング療法 (実施 ( 回) ・ 未実施) ・排卵誘発法 (実施 ( 回) ・ 未実施) ・人工授精 (実施 ( 回) ・ 未実施) ・顕微授精 (実施 ( 回) ・ 未実施) ・手術療法 (実施 ( 回) ・ 未実施) ・手術療法 (実施 ・ 未実施) (手術方法 ) ・その他						
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日					
領収金額	円					