

様式第 2 号（第 6 条関係）

東成瀬村不妊治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療等を実施し、これに係る医療費等を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名 印
電話番号

医療機関記入欄(主治医がご記入ください)

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	〒019-080 東成瀬村			
今回の治療方法	1. 特定不妊治療 (☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊治療) 2. 先進医療等不妊治療 3. 一般不妊治療 4. 不育症治療 ※該当する治療方法を選択してください。			
治療内容				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
他院での治療、院外処方について	1. 治療の一部を協力医療機関へ指示した 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合計金額 領収金額 円			
特記事項				

※文書料、食事代、入院費等の治療に直接関係のない費用は対象になりません。
※一般不妊治療、不育症治療については、4月1日から3月31日を一区切りとして区切り、1年度ごとに証明してください。