

(町記入) 受理番号: _____
受給者番号: _____

高根沢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、不妊治療以外の治療法によっ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、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

(指定)医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

(指定)医療機関記入欄(主治医が記入してください)

(ふりがな) 受診者氏名 ・生年月日	妻	()	夫	()
		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 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個所に記入して下さい。				
1. タイミング療法 (実施()回)・未実施 ()				
2. 排卵誘発法 (実施()回)・未実施 ()				
3. 人工授精 (実施()回)・未実施 ()				
4. 体外受精 (実施()回)・未実施 ()				
5. 顕微授精 (実施()回)・未実施 ()				
6. 手術療法 (実施・未実施)(手術方法 ())				
7. その他 ()				
○不妊治療を必要とした理由について記入して下さい。				
今回の治療法	1. タイミング療法 2. 排卵誘発法 3. 人工授精 4. 体外受精 5. 顕微授精 6. 手術療法 7. その他 ()			
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下さい。 ※治療を中断した場合は、その経過についても記入して下さい。				
保険適用外 の医療費	領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	領収金額	円		

※ 体外受精・顕微授精については、栃木県指定医療機関（栃木県以外の場合は当該都道府県・指定都市・中核市の指定医療機関）が記載したもののみ有効です。