

不妊治療受診等証明書

年 月 日

大空町長 様

医療機関所在地
 (調剤薬局) 名称
 代表者
 (電話番号

印
)

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受領したことを証明します。

記

※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	夫		妻	
当該患者が過去に行った不妊治療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) ・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 (
不妊治療を必要とした理由について記入してください。				
今回の治療法				
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				