

様式第1号(第7条関係)

鏡野町こうのとり支援事業（不妊治療）受診証明書

下記の者について、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

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名



記

受診者	夫	氏名		生年月日	年 月 日
	妻	氏名		生年月日	年 月 日
不妊治療を必要とした理由					
今回の治療方法		該当する番号に○をつけてください。 1 不妊症の検査 2 一般不妊治療（タイミング法、人工授精等） 3 特定不妊治療（体外受精、顕微授精） 4 先進医療 5 男性不妊治療 6 その他（ ）			
今回の治療内容					
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額 (診療費等) (※)		領収年月日 年 月 日～ 年 月 日 領収金額 _____ 円			

(※) 領収金額には、医療保険の適用にかかわらず不妊治療（先進医療も含む）に関する治療費及び検査料の自己負担額をいいます。ただし、入院費、食事代、文書料や個室料など直接治療に関係ないものは含まれません。