

「富士河口湖町ようこそ赤ちゃん事業」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）ことを証明します。

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

⑨

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	()
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			
領収年月日	(年 月 日 ~ 年 月 日)			
領収金額 (合計)	円			
不妊治療の内容 ※治療内容について 該当箇所に記入し てください	<input type="checkbox"/> タイミング療法 (実施: 回) ・ 未実施 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (実施: 回) ・ 未実施 <input type="checkbox"/> 人工受精 (実施: 回) ・ 未実施 <input type="checkbox"/> 体外受精 (実施: 回) ・ 未実施 <input type="checkbox"/> 顕微授精 (実施: 回) ・ 未実施 <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法) <input type="checkbox"/> その他 ()			

注1 入院時の個室料、差額ベッド代、食事代又は文書料等直接治療に関係のない費用等は助成の対象となりません。

2 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。