

「富士河口湖町ようこそ赤ちゃん事業」不妊症治療受診等証明書

下記の者について、不妊症を治療した(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

印

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 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中			
領収金額 (合計)	円			
治療の内容 ※該当箇所に記入してください	<input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> 低容量アスピリン <input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> そ の 他 ( )			

注1 入院時の室料、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。