

「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

下記の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

【医療機関】所在地
名称
主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

受診者	夫	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
		氏名			
妻	妻	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
		氏名			
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 ※領収書の合計金額と一致していることを確認してください。			
治療内容 ※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 ()			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有(日付:) <input type="checkbox"/> 無			

注1 治療を中断した場合は、その経過についてもご記入ください。

2 入院費、食事代、文書料等直接治療と関係のない費用は助成の対象となりません。