

別記様式第2号（第5条関係）

上三川町不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

上三川町長 様

医療機関の名称

及び所在地

主治医氏名

印

電 話

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
きわめて少ないと思われるため、保険診療適用外の不妊治療を実施し、これに係る治
療費を下記のとおり徴収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	()
受診者生年月日		年 月 日生		年 月 日生
今回の治療方法	1 人工授精 2 体外受精 3 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください。)			
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。				
妊娠の有無	1 有 2 無 (該当する番号に○をつけてください。)			
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
	領収金額 円 (今回の保険診療適用外の治療費の合計金額)			

(注) 助成対象となる治療は、人工授精を除き栃木県特定不妊治療費助成事業の対象と同一とします。