

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 宛て

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、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
治療方法	1 人工授精 2 体外受精 3 顕微授精 4 凍結胚移植 5 男性不妊 6 先進医療（治療名) (該当する番号すべてに○をつけてください。)			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
主な治療内容				
妊娠の有無	1 有 2 無			
治療費	保険 診療	人工授精	自己負担額	円
		体外受精	自己負担額	円
		凍結胚移植	自己負担額	円
		顕微授精	自己負担額	円
		男性不妊	自己負担額	円
	保険診療と併用として行う先進医療		自己負担額	円
	保険診療外		自己負担額	円
合 計			円	