

下野市不妊治療費助成事業受診等証明書

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、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

受診者氏名			
生年月日	夫	年 月 日	妻
治療方法	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 先進医療【治療名 _____】 （該当する治療全てにチェックしてください。）		
主な治療内容			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
治療費	不妊治療費合計金額 _____ 円		
	保険診療	人工授精	【自己負担額】 _____ 円
		体外受精 顕微授精	【自己負担額】 _____ 円
		男性不妊	【自己負担額】 _____ 円
	保険診療と併用して行う先進医療	【自己負担額】 _____ 円	
保険診療外	【保険外負担額】 _____ 円		