

松島町不妊治療費助成事業受診等証明書

令和 年 月 日

松島町長 櫻井公一 殿

医療機関の名称及び所在地

電話番号
主治医氏名

印

下記のとおり、松島町不妊治療費助成事業の対象となる不妊治療を行ったことを証明します。
記

	(夫)	(妻)
(フリガナ) 受診者氏名		
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	
治療内容及び治療に要した費用 * 不妊治療を行うに当たり行った検査を含む * 差額ベッド代、食事代、文書料は除く * 院外処方(薬局分)がある場合の記載は不要です	<p>■実施した治療法について記載してください。</p> <p>① タイミング法 《実施()回》 ② 排卵誘発法 《実施()回》 ③ 人工授精 《実施()回》 ④ 体外受精 《実施()回》 ⑤ 顕微授精 《実施()回》 ⑥ 凍結杯移植 《実施()回》 ⑦ その他()</p> <p>■治療に要した費用を記載してください。 * 医療保険各法の適用を受ける治療のみ記載</p> <p>医療費総額 _____ 円 うち、自己負担額 _____ 円</p>	
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認	
特記事項		

