

三沢市不妊治療費助成事業受診等証明書

令和 年 月 日

三沢市長 宛

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

下記の者について、保険適用による不妊治療（人工授精及びそれに係る治療・生殖補助医療）を行ったため、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。

医療機関記入欄（治療に関する事項については主治医がご記入ください。）

ふりがな	夫			妻		
氏名						
生年月日		年 月 日（ 歳）			年 月 日（ 歳）	
今回の治療方法	1. 人工授精（ 回） 2. 体外受精（ 回） 3. 顕微授精（ 回） 4. 男性不妊の手術（手術方法： ） ※2. 3の治療については、卵胞が発育しないなどの理由を除き、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合を含みます。					
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日					
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
領収金額	今回申請分の治療にかかった金額合計 円					
特記事項						

※他の医療機関への紹介等の事項が発生した場合などは、特記事項欄にご記入ください。