

鳴沢村不妊治療受診等証明書

次の者については、不妊治療以外の方法によっては妊娠の見込みがないか、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治療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名



医療機関の記入欄(主治医が記入すること)

フリガナ 受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日(歳)	妻	年 月 日(歳)
治療方法	顕微授精 体外受精 凍結融解胚移植 人工授精 排卵誘発 精巣内精子生検採取法 精巣上体内精子吸引採取法 その他			
治療内容				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
不妊治療を必要とした理由				
領収年月日 領収金額	年 月 日		円	※ 要領収書添付

注1 入院費、食事代等治療に直接関係のない費用は除かれます。

注2 治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)