

様式第2号 (第4条関係)

鬼北町不妊治療助成事業受診等証明書

年 月 日

鬼北町長様

医療機関所在地

医療機関名

主治医氏名

印

下記のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄

(ふりがな) 患者氏名 生年月日	妻	() S H 年 月 日 (歳)	夫	() S H 年 月 日 (歳)
患者住所				
治療開始年月日	年 月 日	院外処方の有無	有 無	
区分 不妊治療実施月	保険診療分		保険外医療費分 (自己負担額)	
	医療費総額	自己負担額		
令和 年 4月分	円	円	円	
令和 年 5月分	円	円	円	
令和 年 6月分	円	円	円	
令和 年 7月分	円	円	円	
令和 年 8月分	円	円	円	
令和 年 9月分	円	円	円	
令和 年 10月分	円	円	円	
令和 年 11月分	円	円	円	
令和 年 12月分	円	円	円	
令和 年 1月分	円	円	円	
令和 年 2月分	円	円	円	
令和 年 3月分	円	円	円	
治療内容	<input type="checkbox"/> 不妊検査 (治療の一環によるものに限る。) <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 手術法			

※入院時、食事療養費・差額ベッド代・文書料は、助成対象外ですので記載しないでください。