

特定不妊治療受診等証明書

下記の者について、特定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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

佐用町長 様

医療機関の名称及び所在地 住 所

名 称

主治医



医療機関記入欄（主治医が記入してください。）				
受診者氏名 <small>(ふりがな)</small>	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
<p>○当該患者が過去に行った不妊治療について該当箇所に記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タイミング療法 (実施・ 回) ・未実施 ・排卵誘発剤 (実施・ 回) ・未実施 ・人工授精 (実施・ 回) ・未実施 ・体外受精 (実施・ 回) ・未実施 ・顕微授精 (実施・ 回) ・未実施 ・手術療法 (実施・未実施) (手術方法) ・その他 () <p>○特定不妊治療を必要とした理由についてご記入ください。</p>				
今回の治療方法	(1. 体外受精 2. 顕微授精) 該当する番号に○を付けてください。			
今回の治療期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日			
○今回の治療内容についてご記入してください。(治療を中断した場合は、その経過についても記入ください。)				
領収年月日	年 月 日 (年 月 日～ 年 月 日治療分)			
領収金額				円