別記様式第2号(第4条関係)

高山村不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 氏名(ふりがな) | | 生年月日 |
| 夫 |  | 年　　　月　　　日生  （　　　　　）歳 |
| 妻 |  | 年　　　月　　　日生  （　　　　　）歳 |
| 住所 | 〒 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医記入欄 | 上記の者について、下記のとおり不妊治療を実施するとともに医療費を領収  したことを証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  医療機関の名称及び所在地  主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |
| 診療開始日 | 年　　月　　日 | | 診断名 |  |
| 治　療期間 | 年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで | | | |
| 治　療内　容 | 一般不妊治療 | □超音波検査 □ホルモン検査 □子宮卵管造影検査  □精液検査 □フーナーテスト □薬物療法(内服・注射)  □タイミング法 □排卵誘発法 □人工授精  □その他医師が必要と認めた治療・検査  　(内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 生殖補助医療 | □採卵 □体外受精 □顕微授精  □胚凍結 □胚移植  □その他医師が必要と認めた治療・検査  　(内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 領　収金　額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円  　　　　※今回の治療にかかった本人負担額の合計 | | | |