

益城町長 様

所在地
 保険医療機関等 名称
 主治医氏名

益城町不妊治療医療機関受診等証明書

下記のとおり、受診者に対し不妊治療等を行ったことを証明します。

記

受診者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
不妊治療の期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
不妊治療の内容（回数）		<input type="checkbox"/> 人工授精（ ）回 <input type="checkbox"/> 体外受精（ ）回 <input type="checkbox"/> 顕微授精（ ）回 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
診療日		不妊治療に要した費用		文書料、個室料等の不妊治療に直接関係ない費用	合計 (領収金額)
		保険適用 (助成対象)	保険適用外		
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	計	円	円	円	円