

小野町不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称  
 所在地  
 主治医名  
 電話番号

印

下記の者については、不妊治療（一般不妊治療・生殖補助医療）が必要であると医師が判断し治療を実施したため、これにかかる医療費を徴収したことを証明します。

受診者氏名 および 生年月日	氏名		生年月日
	夫		年 月 日 ( 歳)
	妻		年 月 日 ( 歳)

治療内容等	治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
	治療方法	一般不妊治療 該当項目に○	タイミング法 ・ 人工授精		
		生殖補助医療 該当項目に○	体外受精 ・ 顕微授精 ・ 凍結胚移植 採卵 ・ 採卵および移植 ・ 移植 ・ 男性不妊治療 ・ その他( )		
	治療の中止		無 ・ 有	中止の理由	1 治療のめどが立たない 2 異常授精・胚の変性等 3 採取できず(卵子・精子) 4 その他( )
	他医療機関への 依頼の有無		無 ・ 有	依頼先医療機関名	
				依頼内容	
	院外処方		無 ・ 有	妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性

徴収金額 ※保険診療分に限る	一般不妊治療	徴収金額 円
	生殖補助医療	徴収金額 円
限度額適用認定	無 ・ 有	