

様式第2号（第5条関係）

養父市一般不妊治療受診等証明書

下記のものについては、一般不妊治療が必要と診断し、一般不妊治療を実施しました。
これに係る本人負担額を領収したことを証明します。

年 月 日

養父市長 様

医療機関等
名称及び所在地
代表者
電話番号

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受診者	夫	フリガナ氏名	妻	フリガナ氏名
		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
今回の治療内容等 (※)	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術（ ） <input type="checkbox"/> 検査（診断及び治療のために必要なものに限る） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 一般不妊治療に関する院外処方の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 特記事項			
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日 (1月～12月で記入してください)			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認			
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日 (1月～12月で記入してください)			
領収金額	円			

※ 特定不妊治療にかかる検査・治療は対象外です。