

一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、瀬戸内町不妊治療費等支援事業の対象となる不妊治療を実施し、これに係る費用を徴収したことを証明します。

年 月 日

所 在 地
医療機関の名称
主 治 医 氏 名

印

【医療機関記入欄】

	夫	妻	
(ふりがな) 氏 名	()	()	
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
今回の治療内容 該当する治療方法に ☑をつけてください。 い。	☐ タイミング療法(回) ☐ 人工授精 (回) ☐ 排卵誘発法 (回) ☐ その他 ()		
今回の治療期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日		
本 人 負 担 額 内 訳			
日 付	金 額	日 付	金 額
月 日	円	月 日	円
月 日	円	月 日	円
月 日	円	月 日	円
月 日	円	月 日	円
月 日	円	月 日	円
合計金額	円		
特記事項			

※内訳項目欄が足りない場合は、こちらの用紙を 2 枚提出してください。