

## 直島町不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

名 称  
 医療機関 所在地  
 主治医氏名

④

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

区分	夫	妻	
氏名 <small>（ふりがな）</small>	（ ）	（ ）	
生年月日	昭・平 年 月 日生 <small>（ 歳）</small>	昭・平 年 月 日生 <small>（ 歳）</small>	
過去の治療	受診者が過去に行った不妊治療について記入してください。 （他の医療機関で行った分も含めて記入してください。）  ・タイミング療法（ 実施（ 回） ・ 未実施（ ） ・排卵誘発法（ 実施（ 回） ・ 未実施（ ） ・人工授精（ 実施（ 回） ・ 未実施（ ） ・体外受精（ 実施（ 回） ・ 未実施（ ） ・顕微授精（ 実施（ 回） ・ 未実施（ ） ・手術療法（ 実施（手術方法 ） ・ 未実施（ ） ・その他（ ）		
今回の治療	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
	治療方法	該当項目をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外授精 <input type="checkbox"/> 顕微受精 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	治療内容	治療を中断した場合は、その経過について記入してください。	
	領収金額	円（受診者負担）	

