別記様式第2号(第4条関係)

高山村不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 氏名(ふりがな) | 生年月日 |
| 　夫 |  | 年　　　月　　　日生（　　　　　）歳 |
| 　妻 |  | 年　　　月　　　日生（　　　　　）歳 |
| 住所 | 〒　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医記入欄 | 上記の者について、下記のとおり不妊治療を実施するとともに医療費を領収したことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日医療機関の名称及び所在地主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 診療開始日 | 　　　　年　　月　　日 | 診断名 | 　 |
| 治　療期間 | 　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで |
| 治　療内　容 | 一般不妊治療 | □超音波検査 □ホルモン検査 □子宮卵管造影検査□精液検査 □フーナーテスト □薬物療法(内服・注射)□タイミング法 □排卵誘発法 □人工授精□その他医師が必要と認めた治療・検査　(内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 生殖補助医療 | □採卵 □体外受精 □顕微授精 □胚凍結 □胚移植□その他医師が必要と認めた治療・検査　(内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 領　収金　額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　　※今回の治療にかかった本人負担額の合計 |