

津南町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり不妊治療を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
 名称
 主治医氏名 印

受診者氏名	年 月 日生	配偶者等 氏名	
不妊治療の期間	年 月 日から 年 月 日まで 他の医療機関での検査・治療がある場合は。その期間も含めてください。 他の医療機関での検査・治療に実施 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関名) <input type="checkbox"/> 無		
上記の期間に実施した不妊治療の内容	<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"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> その他 []		
今回の治療経過 (妊娠判定結果、中止・中断理由等)			
不妊治療に要した費用 ※保険適用額の本人負担分 (保険適用外検査・治療、入院費、食事料、文書料及び消費税その他不妊治療に関係のない費用は対象外)	(薬局代 円 円含む)		