

上市町長 宛て

保険医療機関 所在地
 名称
 主治医氏名

上市町不妊治療費助成事業受診証明書

次のとおり、受診者に対し不妊治療を行ったことを証明します。

受診者		夫	妻
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 分		
治療方法	<input type="checkbox"/> 不妊症治療のための検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
診療額 （食事療養費は除く。）	不妊治療に係る保険診療点数		点
	上記の被保険者負担額		円
	保険診療適用外負担額		円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		