

大月町不妊治療費補助金医療機関受診証明書

年 月 日

大月町長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

下記の者に対し、必要と認める不妊治療を実施し、これに係る治療費を受診者から受領したことを証明します。

記

受診者	夫	フリ 氏	ガナ 名			
		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	妻	フリ 氏	ガナ 名			
		生年月日	昭和・平成	年	月	日
治療期間と 領収金額	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療	年	月	日から	円	
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療	年	月	日から	円	
治療方法	・ 一般不妊治療 <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（手術法 ） <input type="checkbox"/> その他（ ） ・ 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					
妊娠成立 の有無	有 ・ 無					