

様式第1号（第7条関係）

新見市不妊症対策支援事業医療機関証明書

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名



次のとおり不妊治療を実施したので証明します。

| | | | |
|---|---|--|--------|
| 受診者 | 氏名 | | 生年月日 |
| | 夫 | | 年 月 日生 |
| | 妻 | | 年 月 日生 |
| 不妊治療対象児 | 第 子 | | |
| 治療方法 (該当に○) | 体外受精 顕微授精 胚移植 男性不妊治療 治療終了または中止 | | |
| 特定不妊治療を 必要とした理由 | | | |
| 今回の治療期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |
| 診療金額 | 今回の治療に要した金額の合計 *保険外診療に限る (男性不妊治療費を除く) 領収金額 _____ 円 (男性不妊治療費) 領収金額 _____ 円 | | |
| *診療金額には体外受精等に関する治療費・検査料及び直接治療に必要な受精卵の凍結保存（1年間まで）料をいう。 | | | |