

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。			