

様式第4号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成事業 医療機関受診証明書（一般不妊治療）

申請者記入欄	氏 名		生 年 月 日
	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
	住 所	(〒 -) 吉岡町大字	
	電話番号		

主治医記入欄	診断名	
	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	<p>※実施した治療について、該当事項に○を付けてください。</p> <p>1. 診察</p> <p>2. 検査（頸管粘液検査・性交後検査・精液検査・ その他)</p> <p>3. 処置（卵管通気検査・子宮卵管造影検査・腹腔鏡検査・ その他)</p> <p>4. ホルモン治療</p> <p>5. 人工授精</p> <p>上記のとおり、証明します。 年 月 日 主治医氏名</p>	

医療機関 保険薬局 記入欄	今回の治療（保険診療適用外に限る。）に要した合計金額 円
	<p>上記のとおり、証明します。 年 月 日 医療機関所在地・氏名又は名称</p>

※不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に要した費用のみを証明してください。
 ※文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない経費は、含まないでください。
 ※医療機関等が複数の場合は、別に本文書を作成してください。