

御殿場市不妊治療費用助成事業受診等証明書

次の者については、不妊治療が必要なため、次のとおり治療を実施したことを証明します。

年 月 日

御殿場市長 様

所在地

医療機関 名称

主治医氏名

印

実施医療機関記入欄（太枠内は主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
<p>○ 当該患者が今回行った不妊治療について、該当する箇所を記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・タイミング療法 {実施 回 ・ 未実施}</li><li>・排卵誘発法 {実施 回 ・ 未実施}</li><li>・人工授精 {実施 回 ・ 未実施}</li><li>・体外受精 {実施 回 ・ 未実施}</li><li>・顕微授精 {実施 回 ・ 未実施}</li><li>・手術療法 {実施 回 ・ 未実施}</li><li>・その他 ( )</li></ul> <p>○ 不妊治療を必要とした理由について記入してください。</p> <p>[ ]</p>				
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
<p>○ 今回の治療内容（治療を中断した場合はその経過を含む。）について記入してください。</p>				
今回の治療に係る領収金額	円			

（注1）助成対象となる不妊治療費用は、治療費、検査料及び直接治療に必要な凍結保存料等（文書料、入院費、食事代、個室料等治療に直接関係のない費用を除く。）です。

（注2）今回の治療に係る領収金額は、令和4年3月31日までは、保険適用外のみの治療分とし、令和4年4月1日以降は保険適用外・保険適用いずれの治療も記載してください。