様式第２号（第６条関係）

御蔵島村不妊治療・不育症治療支援事業医療機関等受診証明書

|  |
| --- |
| 医療機関証明欄 |
| （ふりがな）受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　 　 年 月 日（　 　歳） | 　 年 月 日（　　 歳） |
| 不妊治療内容 | ・排卵誘発法　　実施　　　回　　　・タイミング法　　実施　　　回・人工授精　　　実施　　　回　　　・体外受精　　　　実施　　　回　・顕微授精　　　実施　　　回　　　・男性の不妊治療　実施　　　回・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療期間 | 　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 領収金額 | 円　　 |
| 不育症治療内容 | 該当区分にチェックしてください。□免疫異常　　□内分泌異常　　□夫婦染色体異常□子宮異常　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）治療内容 |
| 治療期間 | 　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 領収金額 | 円　　 |
| 上記のとおり証明します。　　　　　　年　　　月　　　日所在地　　　　　　　　　　　　　　医療機関　名称　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名　　　　　　　　　　㊞御蔵島村長　殿　 |
| 調剤薬局証明欄 |
| 投薬期間 | 年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 |
| 上記のとおり証明します。　　　　　　年　　　月　　　日所在地　　　　　　　　　　　　　　　調剤薬局　名称　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞御蔵島村長　殿　 |

※入院時の差額ベッド代、食事料、証明書等の文書料その他治療に直接関係のない経費は除く。