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。