

関川村不妊治療受診等証明書

(ふりがな)				
受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
医療機関証明欄				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 まで			
治療内容	○治療方法の該当箇所に記入してください。 ・ タイミング療法 実施()回 ・ 排卵誘発法 実施()回 ・ 人工授精 実施()回 ・ 体外受精 実施()回 ・ 顕微授精 実施()回 ・ その他()			
○治療に要した費用（①保険診療費の一部負担金＋②保険適応外医療費の自己負担分） 夫 _____ 円 妻 _____ 円 合計額 _____ 円 ※入院料、文書料、食事料及び消費税等の治療に直接関係のない費用は除く ※不妊治療に必要な検査等も含みます。				
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関名 主治医氏名 印 関川村長 宛て				
調剤薬局証明欄				
投薬を要した期間	年 月 日 ～ 年 月 日 まで			
○治療に要した費用（薬剤、調剤費を含む） 合計額 _____ 円 上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 調剤薬局名 氏 名 印 関川村長 宛て				