＜秋田県湯沢市＞

様式第２号（第７条関係）

一般不妊治療医療機関等証明書

年　　月　　日

（医療機関）所　在　地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり一般不妊治療･検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日	年　　月　　日		年　　月　　日	
今回の治療期間	年　月　日　～　年　月　日			
検査･治療の内容	検査内容	☐超音波検査　☐ホルモン検査　☐子宮卵管造影検査		
		☐精液検査　☐その他（　　）		
	治療内容	☐タイミング療法　☐薬物療法　☐人工授精		
		☐手術療法（内容：　　）		
		☐その他（　　）		
院外処方の有無	☐　有　　☐　無			
今回の治療にかかった金額（受診者の負担額）	円			
特記事項				

1　一般不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。（特定不妊治療は除いてください。）

2　文書料、食事代、入院費等の治療に直接関係のない費用は対象になりません。