

様式第4号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成事業 医療機関受診証明書（一般不妊治療）

申請者記入欄	氏名		生年月日			
	夫		年月日			
	妻		年月日			
	住所	(〒 -) 吉岡町大字				
	電話番号					
主治医記入欄	診断名					
	診療期間	年月日～年月日				
	※実施した治療について、該当事項に○を付けてください。					
	1. 診察					
	2. 検査（頸管粘液検査・性交後検査・精液検査・ その他）					
	3. 処置（卵管通気検査・子宮卵管造影検査・腹腔鏡検査・ その他）					
	4. ホルモン治療 5. 人工授精					
上記のとおり、証明します。 年月日 主治医氏名						
医療機関保険薬局記入欄	今回の治療（保険診療適用外に限る。）に要した合計金額					円
	上記のとおり、証明します。 年月日 医療機関所在地・氏名又は名称					

※不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に要した費用のみを証明してください。

※文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない経費は、含まないでください。

※医療機関等が複数の場合は、別に本文書を作成してください。