

魚沼市不妊治療に係る医療機関等証明書

医 療 機 関 証 明 欄	
不妊治療を受けた者の氏名	
病名（不妊症の種類）	
不妊治療に要した期間	年 月 日 ～ 年 月 日
不妊治療の内容 ※治療方法の該当箇所に記入してください。	<p>【一般不妊治療】</p> <p style="text-align: right;">排卵誘発併用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ タイミング療法 実施()回 うち()回 ・ 排卵誘発法 実施()回 ・ 人工授精 実施()回 うち()回 ・ その他 () <p>【特定不妊治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体外受精 実施()回 ・ 顕微授精 実施()回 ○他院での注射 有 ・ 無 ○院外での投薬 有 ・ 無
治療に要した費用 ※入院費、食事代及び文書料等は含めないでください。	<p>○領収年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 ～ 年 月 日</p> <p>○領収金額(税込み)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般不妊治療に要した費用 <li style="text-align: right;">_____ 円 ・ 特定不妊治療に要した費用 <li style="text-align: right;">_____ 円
治療を中断した場合その理由	
上記のとおり証明します。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関等 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">主治医氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>魚沼市教育委員会 様</p>	