様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

山中湖村しあわせこうのとり応援事業不妊治療受診等証明書

下記の者について、不妊治療した（治療中である）ことを証明する。

指定医療機関　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

　実施医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  受診者氏名 | | 夫 |  | 妻 |  |
|  |  |
| 受診者生年月日 | | 年　　月　　日  （　　　歳） | 年　　月　　日  （　　　歳） |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 〇治療内容について該当箇所に記入してください。  ・タイミング療法　（実施　（　　　回）　・　未実施）  ・排卵誘発法　（実施　（　　　回）　・　未実施）  ・人工授精　（実施　（　　　回）　・　未実施）  ・顕微授精　（実施　（　　　回）　・　未実施）  ・手術療法　（実施　（　　　回）　・　未実施）  ・手術療法　（実施　・　未実施）（手術方法　　　　　　　　　　　　　　　）  ・その他 | | | | | |
| 領収年月日 | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 領収金額 | | 円 | | | |