

熊谷市不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書

熊谷市長 宛

下記のとおり、不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

(治療実施医療機関) 所在地
医療機関名
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

1 治療を受けた者

夫 氏名 _____ (_____ 年 月 日生)

妻 氏名 _____ (_____ 年 月 日生)

2 今回実施した治療等（該当項目に☑）

(1) 治療区分（別表を参照）

A B C D E F

(2) 治療方法

体外受精 顕微授精 その他 (_____)

(3) 妊娠の有無（ 有・ 無）

その他特記事項 _____

3 今回の治療期間（1周期の治療）

年 月 日から 年 月 日まで

4 今回の治療費用の領収年月日（期間）及び領収金額

年 月 日から 年 月 日まで

金 _____ 円

（入院室料や食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く。）

5 保険適用の状況（該当項目に☑）

保険適用 保険適用外

（ →保険適用外の理由 年齢要件 回数要件
 その他 (_____) ）