

阿賀町不妊治療受診等証明書

(ふりがな)							
氏名	夫			妻			
生年月日		年	月	日 (歳)	年	月	日 (歳)
医療機関証明欄							
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで ※令和5年4月1日からの治療が対象						
治療内容 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> し、 詳細を記載)	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 先進医療 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
	院外処方の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
治療に要した費用 (①保険診療費の一部負担金+②保険適応外医療費 (先進医療含む) の自己負担分)							
夫	合計	円		妻	合計	円	
※入院料、文書料、食事料及び消費税等の治療に直接関係のない費用は除く ※不妊治療に必要な検査等も含まれます。							
上記のとおり証明します 年 月 日 所在地 医療機関の名称 阿賀町長 宛て 主治医氏名 印							
先進医療を実施した場合 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として国から承認されている医療機関である。							