

様式第3号(第4条関係)

土佐清水市不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(医療機関用)

年 月 日

土佐清水市長 様

所在地
医療機関名
主治医氏名

下記の者に対し、必要と認める不妊治療等を実施し、これに係る治療費を受診者から受領したことを証明します。

記

受診者	夫	(フリガナ) 氏名				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	妻	(フリガナ) 氏名				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日
治療期間と 金額	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療	年	月	日	～	円
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療	年	月	日	～	円
	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療	年	月	日	～	円
	<input type="checkbox"/> 不育症治療	年	月	日	～	円
治療方法	・一般不妊治療 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精(回) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法(手術法) <input type="checkbox"/> その他() ・特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 ・男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法(TESE) <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引法(MESA) <input type="checkbox"/> その他() ・不育症治療 <input type="checkbox"/> 不育症治療の理由() <input type="checkbox"/> 治療内容()					