福崎町一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療が必要と診断し、一般不妊治療を実施しました。これに係る本人負担額を領収したことを証明します。

年　　月　　日

福崎町長　　様

医療機関　　住　所
名　称
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

<table>
<tr><td rowspan="2">受診者</td><td>夫
フリガナ
氏 名</td><td></td><td>年　　月　　日生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>妻
フリガナ
氏 名</td><td></td><td>年　　月　　日生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の
治療内容等</td><td colspan="2">☐　タイミング法
☐　人工授精
☐　検査（診断及び治療のために必要なもの）
☐　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の治療期間</td><td colspan="2">年　　月　　日～　　年　　月　　日
（令和６年１月～令和７年３月で記入してください）</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の治療による
妊娠の有無</td><td colspan="2">☐有　☐無　☐治療継続中　☐未確認</td></tr>
<tr><td colspan="4">領収年月日　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
（令和６年１月～令和７年３月で記入してください）
領収金額　　円</td></tr>
</table>

注 1）　特定不妊治療に係る検査・治療は対象外です。

注 2）　入院時食事療養費、文書料、個室料その他一般不妊治療に直接関係ない費用は助成対象外ですので記載しないでください。