

様式第2号（第4条関係）

南国市一般不妊治療費助成金医療機関受診証明書

年 月 日

南国市長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名 ⑩

(主治医自筆の場合は押印不要)

下記の者に対し、必要と認める不妊治療を実施し、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。

受診者	夫	ふりがな氏名			
		生年月日	年	月	日
	妻	ふりがな氏名			
		生年月日	年	月	日
治療期間と領収金額	年 月 日 ~		年 月 日	円	
治療方法	<input type="checkbox"/> 検査(検査名：) <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術法：) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> その他 ()				
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
妊娠成立の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認				
出産の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認				