

(様式第2号の2)

受給者番号	
-------	--

秋田県特定不妊治療費助成事業  
協力医療機関受診等証明書

下記の者が行っている特定不妊治療の実施に協力し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

協力医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

協力医療機関記入欄 (主治医が記入してください。)

(ふりがな) 受診者・配偶者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者・配偶者 生 年 月 日		昭和 平成 年 月 日( 歳)		昭和 平成 年 月 日( 歳)
指示医療機関の名称 及び指示医氏名				
今回の治療方法	① HMG注射 ( ) 回 ② HCG注射 ( ) 回 ③ その他 ( )			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	円 ※			

※特定不妊治療に要した費用を記入してください。