

(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。

平成 年 月 日

協力医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
領収年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
領収金額	_____ 円 ※			

※保険外診療に要した費用を記入してください。

(本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる混合診療を認めるものではありません。)