様式第２号（第６条関係）

玉川村不妊治療費等助成事業受診等証明書

年　　月　　日

玉川村長

所在地

名　称

主治医氏名

下記の方について不妊治療を実施し、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。

<table>
<tr><td rowspan="4">受診者名</td><td rowspan="2">夫</td><td>ふりがな
氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">妻</td><td>ふりがな
氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>検査・治療の状況</td><td colspan="3">該当する□にレ点を記入してください。
□夫・妻ともに実施　　□夫のみ実施　　□妻のみ実施</td></tr>
<tr><td>今回の治療方法</td><td colspan="3">今回の治療内容について該当する□にレ点を記入してください。
□不妊症検査（検査名：　　）
□タイミング療法
□人工授精
□薬物療法（内服・注射）
□体外受精
□顕微授精
□手術（　　）
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>今回の治療結果</td><td colspan="3">該当する番号に〇をつけてください。
（１）妊娠した（２）妊娠せず（３）治療中止（４）その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">治療に要した費用</td><td colspan="2">医療保険診療分の本人負担額</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">医療保険診療以外の治療に係る本人負担額</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">領収金額合計</td><td>円</td></tr>
</table>

※自己負担額に次の費用は含めないでください。

文書料、室料、食事療養費等、直接治療に関係のない費用