

山梨市妊活応援事業（不妊治療費助成事業）受診等証明書

下記の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

印

医療機関の記入欄（主治医が記入すること）

受診者氏名 受診者生年月日	夫	ふりがな 昭・平 年 月 日 (歳)	妻	ふりがな 昭・平 年 月 日 (歳)
治療方法 内容				
不妊治療を必要 とした理由				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
院外処方の有無	日付 (有 ・ 無)			
先進医療 併用の有無	治療内容 (有 ・ 無)			
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	円 ※要領収書添付			