

第3号様式（第5条第1項第3号イ）

特定不妊治療受診等証明書

次の者について特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

栄町長 様

医療機関名称

所在地

電話

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

フリガナ	夫		妻	
受診者氏名				
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）		昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください。		A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 [ ]			精液の有無 有・無
今回の治療における 院外処方の有無	有 ・ 無			
今回の治療期間 (男性不妊治療分)	年 月 日～ 年 月 日			
	年 月 日～ 年 月 日			
日本産科婦人科学会UMI N個別調査票登録の有無	有 → 症例登録番号（ ）			無
領収金額 (保険外診療に限る。) 入院費、食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く。	特定不妊治療費 (男性不妊治療を除く) 領収金額 _____ 円 男性不妊治療費 領収金額 _____ 円			