

秋田市不妊に悩む方への特定治療支援事業  
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

協力医療機関の所在地

協力医療機関の名称

主治医氏名

印

協力医療機関記入欄(主治医が記入)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	(ふりがな)	妻	(ふりがな)
受診者生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳 )		年 月 日 ( 歳 )	
指示医療機関の名称 および指示医氏名	指示医療機関の名称  指示医氏名			
今回の治療法	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 (*1)			

(\*1) 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。)