

様式第2号（第5条関係）

平川市不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込がないか又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 氏名	()		生 年 月 日			
			年 月 日 (歳)			
今回の 治療期間	～ 年 月 日		～ 年 月 日			
診療合計額	円			円		
診療年月日	1	年 月 日	処方箋 あり なし	1	年 月 日	処方箋 あり なし
		年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし
	2	年 月 日	処方箋 あり なし	2	年 月 日	処方箋 あり なし
		年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし
	3	年 月 日	処方箋 あり なし	3	年 月 日	処方箋 あり なし
		年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし
	4	年 月 日	処方箋 あり なし	4	年 月 日	処方箋 あり なし
		年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし
	5	年 月 日	処方箋 あり なし	5	年 月 日	処方箋 あり なし
		年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし
6	年 月 日	処方箋 あり なし	6	年 月 日	処方箋 あり なし	
	年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし	
7	年 月 日	処方箋 あり なし	7	年 月 日	処方箋 あり なし	
	年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし	
8	年 月 日	処方箋 あり なし	8	年 月 日	処方箋 あり なし	
	年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし	
9	年 月 日	処方箋 あり なし	9	年 月 日	処方箋 あり なし	
	年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし	
10	年 月 日	処方箋 あり なし	10	年 月 日	処方箋 あり なし	
	年 月 日	処方箋 あり なし		年 月 日	処方箋 あり なし	