

秋田市特定不妊治療支援事業  
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

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	( )	妻	( )
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			