

（表）

温存後生殖補助医療実施証明書

年 月 日

（宛先） 富士市長

医療機関 所在地

名 称

主治医氏名

（氏名を自書しない場合は、記名押印すること。）

次のとおり温存後生殖補助医療を行い、治療費を徴収したことを証明します。

受診者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
配偶者 (事実婚を含む)	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
治療内容	1	行った温存後生殖補助医療について記入		
		該当する生殖補助医療に○を付けてください。 (1) 凍結した胚（受精卵）を用いたもの (2) 凍結した未受精卵子を用いたもの (3) 凍結した卵巣組織再移植後のもの (4) 凍結した精子を用いたもの	生殖補助医療開始日 年 月 日	生殖補助医療終了日 年 月 日
	2	1の(2)、(3)又は(4)の生殖補助医療を行った場合に記入 該当するものに○を付けてください。 (1) 以前に凍結した胚を移植した。 (2) 人工授精を行った。 (3) 採卵したが、卵を得られない又は状態の良い卵が得られないため生殖補助医療を中止した。		
3	他の医療機関への依頼、院外処方等がある場合はこちらに記入してください。 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 依頼内容			
備考				

(裏)
領収金額（内訳）証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合 計	円

領収金額に関する問合せ先

担当部署名	
担当者氏名	
電 話 番 号	