

第2号様式（第6条関係）

（表）

妊よう性温存治療実施証明書

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。）

次のとおり妊よう性温存治療を行い、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			
治療内容	1	男性が妊よう性温存療法を行った場合に記入		
		治療の内容	妊よう性温存治療開始日 年 月 日 凍結保存日 年 月 日 妊よう性温存治療終了日 年 月 日	
	2	女性が妊よう性温存療法を行った場合に記入		
		治療の内容	妊よう性温存治療開始日 年 月 日 凍結保存日 年 月 日 妊よう性温存治療終了日 年 月 日	
	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
精子、卵子又は卵巢組織の採取に要した費用（検査、排卵誘発剤等を含む。）		円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、培養料等）		円
凍結保存に要した費用（凍結処置料、凍結保存料（初回分のみとし、更新分を含まない。）等）		円
その他の		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	