

特定不妊治療実施報告書（愛媛県特定不妊治療費助成事業）

下記の者については、特定不妊治療費助成事業受診等証明書に基づき、体外受精又は顕微授精による不妊治療の一部について、次のとおり医療保険適用外の治療（夫婦間の治療）を実施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）

治療の依頼を受けた 指定医療機関名				
(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
治療内容				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
不妊治療種別				
医療保険適用外 負担額合計	円			

(注) 入院費、食事代等治療に直接関係のない費用は助成の対象となりません。