

様式第2号（第4条関係）

不妊治療受診等証明書

下記の者について、不妊治療を実施し、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

実施医療機関 所在地

名称

主治医氏名

印

実施医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

	(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
	受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今 回 の 治 療	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	治療内容	<p>※治療内容に○をしてください。                  ※治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。</p> <p>【保険適用】 (1) 一般不妊治療 ①タイミング法                  ②人工授精                  (2) 生殖補助医療 ①体外受精                  ②顕微授精                  ③男性不妊の手術</p> <p>【保険適用外】 (1) その他                  (治療中断の場合は、経過を記入)</p>			
	領収金額	<p>【保険適用】 _____ 円</p> <p>【保険適用外】 _____ 円</p>			