

(第2号様式)

不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については不妊治療を実施し、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。

平成 年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭・平 年 月 日 (歳)		昭・平 年 月 日 (歳)
<p><input type="checkbox"/> 当該患者が過去に行った不妊治療について該当箇所に記入してください。 (他の医療機関等で行った分も含めて記入してください。)</p> <p>・タイミング療法 (実施 () 回) ・未実施) ・排卵誘発法 (実施 () 回) ・未実施) ・人工授精 (実施 () 回) ・未実施) ・体外受精 (実施 () 回) ・未実施) ・顕微授精 (実施 () 回) ・未実施) ・手術療法 (実施・未実施) (手術方法) ・その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 不妊治療を必要とした理由について記入してください。</p>				
今回の治療方法				
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
<p><input type="checkbox"/> 今回の治療内容について記入してください。(※)</p>				
領収年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日までの間			
領収金額	金 _____ 円			

※ 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。