

様式第2号（第6条関係）

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、保険適用外の不妊治療を実施し、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

医療機関 名称
所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

区分	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	()	()
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(歳)	昭和・平成 年 月 日生(歳)
貴医療機関における治療開始年月日	年 月 日	
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
検査・不妊 治療の内容	(一般不妊治療) <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工受精 <input type="checkbox"/> その他 ()	
領収金額	_____円	

備考

--