

様式第2号(第5条関係)

不妊治療受診等証明書

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領収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

主治医氏名

印

記

医療機関記入欄

	氏 名	生 年 月 日
夫		昭和 平成 年 月 日
妻		昭和 平成 年 月 日
今回の申請に係る不妊治療について、該当箇所に記入してください。		
1	体外受精 (回)実施	
2	顕微授精 (回)実施	
3	人工授精 (回)実施	
4	タイミング療法 (回)実施	
5	排卵誘発法 (回)実施	
今回申請の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
領収年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	領収金額 1~2の治療費	円
	3~5の治療費	円