

様式第2号（第5条関係）

不妊治療受診証明書

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。

年 月 日

医療機関名
所在地
主治医氏名

㊟

記

医療機関記入欄

氏名	生年月日
	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。

番号	内 容	実施回数	治 療 期 間	
1	体外受精		1回目	～
			2回目	～
2	顕微授精		1回目	～
			2回目	～
3	体調不良等により胚の移植のめどが立たず治療を終了したもの			～
4	受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常授精等により中止したもの			～
5	凍結胚移植		1回目	～
			2回目	～
6	採卵を試みたが卵が得られない等のため中止したもの			～
7	卵胞が発育しない又は排卵終了のため中止したもの			～
8	採卵準備のための投薬開始から採卵を行うまでの期間中、体調不良等により中止したもの			～
9	人工授精			～
10	タイミング療法			～
11	排卵誘発法			～

今回申請の治療期間	年 月 日	～	年 月 日
領収年月日	年 月 日	～	年 月 日
(領収金額)	特定不妊治療	{ 1～4の治療費 5～6の治療費 7～8の治療費	円
			円
			円
	一般不妊治療	9～11の治療費	円

