

様式第2号 (第6条関係)

不妊治療費等助成受診等証明書

年 月 日

医療機関所在地

名称

主治医氏名

印

下記の者に対し、不妊治療等を実施し、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。

実施医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法 ※該当項目をチェックしてください。	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"/> 人工授精			
	特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	治療ステージ	A・B・C・D・E・F 該当する記号に○をつけてください。	
	不育症治療 <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 検査結果に基づく治療			
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
治療内容	※治療を中断した場合は、その経過について記入してください。			
領収金額	円			