

様式第2号(第5条関係)

不妊治療費支援事業受診等証明書

次の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る治療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

印

医療機関の記入欄 (主治医が記入すること)

受診者氏名 受診者生年月日	夫	ふりがな 年 月 日(歳)	妻	ふりがな 年 月 日(歳)
治療 内容・方法	顕微授精 体外受精 凍結融解胚移植 人工授精 排卵誘発 その他			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
不妊治療を必要とした理由				
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	円 ※ 要領収書添付			

※ 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。(領収書はコピー可)