

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。

医療機関名
所在地
主治医氏名

年 月 日

㊦

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	治療回数	治療期間
1	体外受精		
2	顕微授精		
3	人工授精		
4	タイミング療法		
5	その他医師が行う不妊治療で保険適用のもの 【治療内容：】		
6	上記と併用して行った先進医療 【治療内容：】		

※1・2には、体調不良や卵・胚の発育不良、異常等により中止・終了した分も含む。

※先進医療等と併用したことで保険適用外となった1～4の治療についても対象とする。

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			
	番号	保険適用分	保険適用外分	合計
	1～5	円	円	円
	6	円	円	円
	合計	円	円	円