

様式第2号(第6条関係)

不妊治療支援事業に係る受診等証明書

次の者は、不妊治療を実施し、これに係る治療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名



受診者氏名	夫		妻	
受診者住所	夫		妻	
受診者生年月日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
子どもの有無	無 ・ 有(1人 2人 3人 4人以上)			
過去の不妊治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の治療方法	体外受精(胚移植・凍結胚移植) 顕微授精(胚移植・凍結胚移植)			
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
今回の治療内容(該当するものすべてに○を付けてください。) 1 採卵前に治療中止 2 採卵実施 3 受精確認 4 胚移植実施 5 妊娠(有り ・ 無し) その他特記事項				
領収年月日	年 月 日		年 月 日	
領収金額(保険外診療分のみ抜粋し記入)	金		円(税込み)	

※ 医療機関発行の領収証を添付してください。