

受給者番号（役場記載）	
-------------	--

年 月 日

不妊治療費助成事業受診等証明書

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徴収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

（署名又は記名押印）

記

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

フリガナ			
受診者氏名	夫		妻
生年月日		年 月 日(歳)	
			年 月 日(歳)
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。			
1 体外受精 (回) 実施	[治療期間：1回目	～
		2回目	～
		3回目	～
2 顕微授精 (回) 実施	[治療期間：1回目	～
		2回目	～
		3回目	～
3 凍結胚移植（採卵を伴わないもの）(回) 実施	[治療期間：1回目	～
		2回目	～
		3回目	～
4 採卵したが卵が得られない又は状態のよい卵が得られないため中止 (回) 実施			
5 人工授精 (回) 実施			
6 タイミング療法 (回) 実施			
7 排卵誘発法 (回) 実施			
8 男性不妊治療（一般不妊治療に伴うもの）	[治療内容：]
(生殖補助医療に伴うもの)		治療内容：	
9 その他 ()			
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	円

※ 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。