

第1号様式の2 (第5条関係)

不妊治療受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記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

医療機関記入欄 (主治医が記入して下さい)

フリガナ 氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
<p>今回の申請に係る不妊治療について、該当箇所に○をつけてください</p> <p>1 体外受精</p> <p>2 顕微授精</p> <p>3 凍結胚移植 (採卵を伴わないもの)</p> <p>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</p> <p>5 人工授精</p> <p>6 タイミング療法</p> <p>7 排卵誘発法</p> <p>8 男性不妊治療</p>				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	<p>[今回の治療にかかった金額合計]</p> <p>特定不妊治療費 領 収 金 額 円</p> <p>一般不妊治療費 領 収 金 額 円</p> <p>男性不妊治療費 領 収 金 額 円</p>			