

第2号様式（第5条関係）

受診等証明書

次のとおり不妊治療を実施し、当該治療に係る費用を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

主治医氏名

受診者氏名					
受診者生年月日	夫	年	月	日	妻
受診者住所					
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	日から	年
	年		月	日から	年
	年		月	日から	年
○ 当該患者が過去に行った治療について該当箇所に記入してください。（貴医療機関以外の治療を含む。）					
・ タイミング療法 （実施 ・ 未実施）					
・ 薬物療法 （実施 回 ・ 未実施）（排卵誘発療法を含む。）					
・ 人工授精 （実施 回 ・ 未実施）					
・ 体外受精 （実施 回 ・ 未実施）					
・ 顕微授精 （実施 回 ・ 未実施）					
・ 手術療法 （実施 回 ・ 未実施）（手術方法 ）					
・ その他特記事項					
今回の治療方法	体外受精・胚移植 顕微授精・胚移植 配偶子卵管内移植 接合子卵管内移植 凍結胚の移植				
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで				
○ 今回の治療内容（該当するもの全てに○をつけてください。）					
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）					
今回の治療で他の医療機関等への依頼の有無	無・有（医療機関名： 薬局名： ）				
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日				
領収金額	不妊治療費 金 円（税込み）				

※ 医療機関発行の領収証を添付してください。