

第2号様式（第7条関係）

*受給者番号							
--------	--	--	--	--	--	--	--

不育症治療受診等証明書

不育症治療を実施し、これに係る費用（保険外診療分）を次のとおり徴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

主治医名

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
不育症治療が必要な理由		
検査及び治療内容	該当するものにチェックし、詳細について、かっこ内に記載してください。 1 検査内容 ☐ 子宮の形態検査 ☐ 内分泌検査 ☐ 夫婦染色体検査 ☐ 抗リン脂質抗体 ☐ その他 2 治療内容 ☐ 子宮形態異常 ☐ 内分泌異常 ☐ 染色体異常 ☐ 抗リン脂質抗体症候群 ☐ その他	
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
領収金額	円（保険外診療分の額） 注）差額ベッド代、食事代、文書料等に係る費用を除く。	

注）*印の欄は、記入しないでください。