

第2号様式（第8条関係）

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

不妊治療受診等証明書

不妊治療に係る医療費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

(ふりがな) 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)

○不妊治療を必要とした理由について記入してください。

治療方法	(1人工授精 2体外受精 3顕微授精) 該当する番号に○を付けてください。					
	2又は3の場合、該当する記号に○を付けてください。					
	A	B	C	D	E	F

治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで
------	------------------

○今回の治療内容について記入してください。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。

領収年月日	年 月 日から 年 月 日まで
	人工授精、体外受精及び顕微授精 に係る領収金額 _____ 円
	注) 食事代、室料、文書料及び凍結保存に係る費用を除く。

注1) *印の欄は、記入しないでください。

注2) 治療方法の欄のAからFまでの記号は、三重県特定不妊治療費助成事業実施要綱別表に掲げるAからFまでとします。