

様式第2号（第5条関係）

不妊治療医療機関証明書

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

次のとおり、不妊治療を実施したことを証明します。

住 所	常陸大宮市		
夫 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
妻 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
治療方法	☐ 体外受精 ・ ☐ 顕微授精 ・ ☐ 男性不妊 (該当する生殖補助医療にチェックしてください。)		
主な治療 内容			
治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
治療費	不妊治療費助成対象金額 円		
	保険診療	【自己負担額】 円	
	保険診療と併用して 行う先進医療	保険外診療 円	【自己負担額】 円 【治療内容】
	※自 費	【保険外負担額】 円 【保険外診療を行った理由】 []	

【備考】

- 1 主治医が記入してください。
- 2 文書料，入院費，食事代等治療に関係ない費用は含みません。
- 3 ※自費については，43歳未満の方が7回以上の治療する場合等において記入してください。その他の自費の費用について含みません。