様式第２号(第５条関係)

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関　　所　在　地
(調剤薬局)
名　　称
代　表　者
電 話 番 号

受診者(夫)氏名		受診者(妻)氏名	
貴医療機関における不妊治療開始年月日	年　　月　　日		
年度における診療期間（4 月 1 日～3 月 31 日）	年　月　日～　年　月　日		

	診　療　月	保険適用分		保険適用外分(本人負担額)
		診療点数	本人負担額	
本人負担額内訳	年 4 月分	点	円	円
	年 5 月分	点	円	円
	年 6 月分	点	円	円
	年 7 月分	点	円	円
	年 8 月分	点	円	円
	年 9 月分	点	円	円
	年 10 月分	点	円	円
	年 11 月分	点	円	円
	年 12 月分	点	円	円
	年 1 月分	点	円	円
	年 2 月分	点	円	円
	年 3 月分	点	円	円
	合　　計	点	円	円

上記内訳 治療内容	□　タイミング法	□その他（　　）
	□　人工授精（回数：　　回）	□その他（　　）
	□　体外受精（回数：　　回）	□その他（　　）
	□　顕微授精（回数：　　回）	□その他（　　）
妊娠の有無	有　・　無　・　治療継続中　・　未確認	