様式第２号（第５条関係）

一般不妊

一般不妊治療費等助成事業受診等証明書

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名　　㊞

次のとおり，一般不妊治療等を実施し，これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

フリガナ 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日	夫	年　月　日（　歳）	妻	年　月　日（　歳）
検査開始日	（夫婦ともに検査を受けている場合は，どちらか早い日を記載してください。） 年　月　日　※左記検査開始日の妻の年齢（　歳）			
検査内容	□ 基礎体温　□ 精液検査　□ 経管粘液検査 □ フーナーテスト　□ 子宮卵管造影　□ 経腟超音波検査 □ その他（具体的な検査名　）			
治療内容	□ タイミング法　□ 薬物療法　□ 人工授精 □ 手術法（手術の内容　）			

診療年月	自己負担額	診療年月	自己負担額	診療年月	自己負担額	診療年月	自己負担額
年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円
年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円
年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円
年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円
年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円
年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円	年　月分	円
				自己負担額合計		**円**	

※１：当該受診者が今回行った一般不妊治療等について，日付の古い順に記入してください。
※２：食事療養費，差額ベッド代及び文書料は，助成の対象外になりますので記載しないでください。

院外処方の有無	□ あり　□ なし					
院外処方を行った日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日