

様式第 2 号(第 7 条関係)

不妊治療又は不育治療受診証明書

下記の者について、^{不妊}不育治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

(本人の自署による署名又は記名押印をしてください。)

受診者氏名		生年月日	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
不妊及び不育治療を必要とした理由			
治療内容			
※領収金額	領収年月日	年 月 日 ~	年 月 日
	金		円
	うち、男性不妊治療(TESE, MESA 等)に要した費用		
	金		円

※ 領収金額は、診療費等のうち医療保険対象外の負担額を記入してください。ただし、文書料、室料、食事療養費その他直接治療に関係のない費用及び凍結された精子、卵子又は受精胚の保存管理費用は含まれません。