

特 定 不 妊 治 療 受 診 等 証 明 書

下記の者について、特定不妊治療を実施し、これにかかる治療費を領収したことを証明します

医療機関の名称 _____

医療機関の住所 _____

主治医氏名 _____ 印

記

〔医療機関記入欄〕

(ふりがな) 受診者氏名		(ふりがな) 配偶者氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (歳)
今 回 の 治 療 方 法	1 体外受精 2 顕微授精 (該当する番号に○印を付けてください。)		
	〔治療の経過〕 (※治療を中断した場合のみ記入)		
今 回 の 治 療 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
領 収 金 額	〔今回の治療に係る医療費の領収金額〕 領収金額 _____ 円 ※ 上記の領収金額には、体外受精及び顕微授精に要した保険適用外の経費のみを記載し、本証明書発行手数料、保険適用の治療費等は含めないでください。		