

様式第2号（第6条関係）

不妊治療受診等証明書

下記の者については、不妊治療以外の治療法では妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、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

指定医療機関 所在地
 名 称
 主治医氏名

印

実施医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

| | | | | |
|--|---|---------------|-------|---------------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) |
| 今回の治療方法 該当するものに○ をつけてください。 | 1. 一般不妊治療 2. 特に必要と認める治療 3. 特定不妊治療 4. 一般不妊治療 (人工授精) | | | |
| 今回の治療経過 (採卵、受精、胚移植、 妊娠判定等の日程・経過を 記入してください。) | | | | |
| 今回の治療期間 | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 | |
| 領 収 金 額 | 円 | | | |
| 備 考 | | | | |

注) 本証明書は、静岡県特定不妊治療費補助金交付申請を行うものは、県の申請書に添付する特定不妊治療受診等証明書の写しで可とする。