

様式第2号(第5条関係)

受診等証明書

次のとおり不妊治療を実施し、当該治療に係る費用を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

主治医氏名



受診者	夫	妻
氏名		
生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
住所		
子どもの有無	無 ・ 有( 1人 2人 3人 4人以上)	
過去の不妊治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ~ 年 月 日 ~	年 月 日 年 月 日 年 月 日
今回の治療方法	体外受精( 胚移植・凍結胚移植 ) 顕微授精( 胚移植・凍結胚移植 )	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
今回の治療内容	(該当するものすべてに○を付けてください) 1 胚移植を実施            2 採卵実施            3 受精確認 4 採卵前に治療中止    5 異常受精等による中止 6 妊娠(有り・無し) その他特記事項	
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額(保険外診療分のみ抜粋し記入下さい)	金 _____ 円(税込)	

- 備考 1 医療機関発行の領収証を添付してください。  
2 県に申請のため領収証を添付できない場合は、領収証の写しを添付してください。  
3 入院費、食事代及び受精胚の管理料及び文書料は、助成対象外になります。