別記様式第２号（第７条関係）

受給者番号

関市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によって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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（自署又は記名・押印）

医療機関記入

ふりがな 受診者氏名		夫		妻	
生年月日			昭和・平成　　年　　月　　日生		昭和・平成　　年　　月　　日生
医療機関記入欄（主治医が記入すること）	今回の治療方法		１：体外受精　　２：顕微授精　（該当する番号に〇をつけてください）		
	今回の治療期間		年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
	今回の治療内容		該当する番号に〇をつけてください。 １：採卵前に治療中止　　２：胚移植実施　　３：採卵実施 ４：妊娠（成立・不成立・不明）　　５：受精確認 ６：その他(　　) 特記事項（治療を中断した場合は、その経過についても記入してください）		
	特定不妊治療を必要とした理由		該当する番号に〇をつけてください。 １：乏精子症　　２：無精子症　　３：両側卵管閉塞 ４：その他（　　）		
	領収年月日		年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
	領収金額		＿＿＿＿＿＿＿＿円　（特定不妊治療に要した費用　注１）		

注１）保険外診療である特定不妊治療に要した費用を記入してください。