

第2号様式(第6条関係)

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によっては妊娠の見込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下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

輪之内町長 様

医療機関の名称  
及び所在地

主治医氏名



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	年 月 日
今回の治療方法	(1 体外受精 2 顕微授精) 該当する番号に○をつけてください。	
	男性不妊治療を行った場合 TESE・MESA・その他( )	精子回収の有無 有・無
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち男性不妊治療 年 月 日 ~ 年 月 日)	
日本産婦人科学会 UMIN個人調査票 登録の有無	有 ( 症例登録番号 ) ・ 無	
○今回の治療内容について記載してください※1		
領 収 金 額	領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日	
	特定不妊治療費※2 (男性不妊治療費除く)	領収金額 円
	男性不妊治療費※3	領収金額 円

(※1) 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。

(※2) 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。

(本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる行う混合診療を認めるものではありません。)

(※3) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。