

## 様式第2号（第6条関係）

## 一般不妊治療受診等証明書

この者については、次のとおり一般不妊治療（タイミング法・人工授精）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

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(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)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
本人負担額の内訳	区分	本人負担額		
		医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②	
	年4月分	円	円	
	年5月分	円	円	
	年6月分	円	円	
	年7月分	円	円	
	年8月分	円	円	
	年9月分	円	円	
	年10月分	円	円	
	年11月分	円	円	
	年12月分	円	円	
	年1月分	円	円	
	年2月分	円	円	
年3月分	円	円		
合計		円		円
〔今回の治療にかかった金額合計〕 領収金額 円 (上記本人負担額①・②の合計額)				

- 注) 1 当該患者に関して行った一般不妊治療（タイミング法・人工授精）に係る医療費で、  
保険適用分のみ記入してください。  
2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から  
本人負担額を転記してください。  
3 文書料、個室料その他の治療に直接関係のない費用は含まないでください。