

【射水市記入欄】

令和 年度 回目（前回までの市助成済額 円）

様式第2号（第2条関係）

不妊治療費助成事業受診証明書（特定不妊治療用）

下記の者は、次のとおり特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地  
名称  
主治医氏名

印

受 診 者		夫	妻
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 融解胚移植 <input type="checkbox"/> 男性特定不妊治療（ ）		
【今回の治療内容（特記事項があれば記入してください。）】			
妊娠反応	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
領収金額	円		

注1 当該受診者に関して行った特定不妊治療に係るもののみ記入してください。

注2 □は当該項目にチェックしてください。

注3 夫婦合算額をご記入してください。