

様式第2号（第5条関係）

令和4年度結城市不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領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

当該医療機関は、保険適用となっている生殖補助医療（体外受精及び顕微授精、男性不妊治療）を保険診療で実施している。

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
治療内容	生殖補助医療 1 体外受精 2 顕微授精 3 男性不妊治療 (該当する番号に○をつけて下さい)			
妊娠の有無	有 ・ 無			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	体外受精治療費 領収金額		保険診療分	円
			自費診療分	円
	顕微授精治療費 領収金額		保険診療分	円
			自費診療分	円
	男性不妊治療 領収金額		保険診療分	円
			自費診療分	円