別記様式第２号（第５条関係）

# 不妊治療費受診等証明書

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">夫</td><td colspan="2">妻</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="2">昭和<br>平成　　年　　月　　日</td><td colspan="2">昭和<br>平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">佐野市</td></tr>
<tr><td>治 療 期 間</td><td colspan="4">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>治 療 内 容</td><td colspan="4">治療方法（該当する全ての項目にチェックしてください）<br>□人工授精　□体外受精　□顕微授精　□検査等<br>□先進医療（治療名：　　）<br>主な治療内容<br>（　　）<br>院外処方　（　有　・　無　）<br>妊娠の有無（　有　・　無　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">治　療　費</td><td colspan="2">保　険　診　療</td><td colspan="2">自己負担額<br>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">保　険　診　療　外</td><td colspan="2">自己負担額<br>円</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。<br><br>年　　月　　日<br><br>医療機関の所在地<br>医療機関の名称<br>主治医の氏名</td></tr>
</table>