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>夫</td><td colspan="2">妻</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>昭和
平成　　年　　月　　日</td><td colspan="2">昭和
平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">佐野市</td></tr>
<tr><td>治療期間</td><td colspan="3">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで
※年度（4/1～翌3/31）ごとに1枚ずつ作成してください。</td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="3">治療方法（該当する全ての項目にチェックしてください）
☐人工授精　☐体外受精　☐顕微授精　☐検査等
☐先進医療（治療名：　　）
主な治療内容
（　　）
院外処方　（　有　・　無　）
妊娠の有無（　有　・　無　・　治療継続中　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">治療費</td><td>保険診療</td><td colspan="2">自己負担額　　円</td></tr>
<tr><td>保険診療外</td><td colspan="2">自己負担額　　円</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地
医療機関の名称
主治医の氏名</td></tr>
</table>