

様式第 2 号（第 5 条関係）

生殖医療専門医医療機関受診証明書

下記の者について，不育治療を実施し，これに係る費用を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

（生殖医療専門医）

受 診 者	氏名		生年月日	年 月 日
不育治療を必要 とした理由				
治療方法・内容				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
領 収 金 額 (診療費等)	領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日		
	領 収 金 額	円		

(注) 「領収金額」欄には，不育治療に要した治療費及び検査料のうち医療保険適用外の自己負担額（入院時の差額ベッド代，食事代等不育治療に直接関係ないものを除く。）を記入してください。