

様式第2号(第5条関係)

## 志摩市不妊治療サポート事業受診等証明書

下記の者については、不妊治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不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り領収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

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
治療の内容	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療（人工授精） <input type="checkbox"/> 特定不妊治療（体外受精・顕微授精）			
不妊治療に要した期間	年 月 日 ~		年 月 日	
領収金額	今回の治療にかかった合計金額			
不妊治療に要した医療費のうち自己負担額	<u>金額</u> 円			
	<内訳>			
	<u>一般不妊治療</u> 円			
	<u>特定不妊治療</u> 円			
	<u>その他</u> 円			

※ 領収金額のその他の項目には、文書料等を含めることができます。