

様式第2号(第4条関係)

特定不妊治療受診等証明書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医 氏名



下記の者については、体外受精又は顕微授精以外の方法によっては妊娠の見込みがないか又はきわめて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

1 受診者等

住 所	
氏 名	

2 医療機関記入欄(主治医が記入すること)

治療方法	(1 体外授精 2 顕微授精) 該当する番号に○をつけてください。
治療期間	年 月 日～ 年 月 日
○今回の治療内容について記入してください。	
領収金額 円	
治療方法	(1 体外授精 2 顕微授精) 該当する番号に○をつけてください。
治療期間	年 月 日～ 年 月 日
○今回の治療内容について記入してください。	
領収金額 円	

*この証明書は、岡山県不妊治療支援事業受診証明書の写しをもって替えることができる。