第２号様式（第８条関係）

年　　月　　日

（宛先）鈴鹿市長

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

不妊治療受診等証明書

不妊治療に係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

<table>
<tr><td>(ふりがな)
受診者氏名</td><td>夫</td><td>（　　）</td><td>妻</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td>受診者
生年月日</td><td>夫</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td><td>妻</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">治療方法</td><td colspan="4">１　人工授精　　２　体外受精　　３　顕微授精
（該当する番号に○を付けてください。）</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ａ　　Ｂ　　Ｃ　　Ｄ　　Ｅ　　Ｆ
（２又は３の場合は，該当する記号に○を付けてください。）</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>領収金額</td><td colspan="4">〔今回の治療にかかった金額合計※保険診療適用外の本人負担額に限る。〕
領収金額　　円
（注）食事代，室料，文書料及び凍結保存（管理）に係る費用を除く。</td></tr>
</table>

備考

１　治療費等欄は，保険診療適用外の人工授精，体外受精及び顕微授精に要した本人負担額のみとしてください。

２　治療方法の欄の記号ＡからＦまでは，三重県特定不妊治療費助成事業実施要綱別表に掲げるＡからＦまでとします。