

第2号様式（第9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

印

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。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者 生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
治療方法	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。)			
	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。)			
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
領収金額	[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。			

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。