

様式第2号（第4条関係）

医療実施証明書

次のとおり、当該夫婦間のみにおける不妊治療に係る診療（投薬）を実施したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関 名称
主治医氏名 ㊟

医療機関記入欄

受診者	夫	ふりがな			
		氏名			
		生年月日	年 月 日生		
	妻	ふりがな			
		氏名			
		生年月日	年 月 日生		
治療内容					
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
不妊治療における自己負担額					
治療期間		医療機関徴収分		③調剤薬局徴収分	
		① 保険診療分	② 保険適用外分		
年 月 日～ 年 月 日		円	円	円	
年 月 日～ 年 月 日		円	円	円	
年 月 日～ 年 月 日		円	円	円	
上記の不妊治療にかかった自己負担合計金額（①～③の合計）					
円					

注1 当該夫婦間のみにおける不妊治療（保険適用、保険適用外）にかかるもののみ記入してください。

2 院外処方がある場合は、治療対象となる費用について実施医療機関が証明してください。（調剤薬局の領収書から対象費用を転記してください。）

3 入院時の差額ベット代や食事代、文書料等治療に直接関係のない費用は含めないでください。