

不妊治療受診証明書

下記の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称  
 医療機関所在地  
 主治医氏名 ㊟

医療機関の記入欄 (主治医が記入すること)

受診者氏名 受診者生年月日	夫	ふりがな  年 月 日( 歳)	妻	ふりがな  年 月 日( 歳)
	治療方法			
治療内容				
治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
不妊治療を必要とした理由				
領収年月日 領収金額	年 月 日 ~ 年 月 日 円 ※ 要領収書添付			

- 注1 入院費、食事代等治療に直接関係のない費用は除かれます。  
 2 治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)