

様式第2号（第7条関係）

えびの市不妊治療受診証明書

（宛先）えびの市長

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称  
所在地  
主治医氏名

記

医療機関記入欄

受診者氏名	夫		妻	
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
今回の治療方法 ※該当する番号に○ を付けてください。	一般不妊治療	1. タイミング法		
		2. 人工授精		
		3. その他医師が行う不妊治療で保険適用のもの (治療内容： )		
	生殖補助医療	4. 体外受精		
		5. 顕微授精		
		6. 男性不妊の手術		
		7. その他医師が行う不妊治療で保険適用のもの (治療内容： )		
今回の治療期間	年 月 日 ～		年 月 日	
領収年月日	年 月 日 ～		年 月 日	
領収金額	番号	保険適用分	保険適用外分	合計
	1～3	円	円	円
	4～7	円	円	円
	合計	円	円	円

※先進医療等と併用したことで保険適用となった1～7の治療についても対象とする。ただし、1～7の治療以外（保険適用外の先進医療等）については、対象とならない。