様式第2号(第7条関係)

魚沼市不妊治療に係る医療機関等受診証明書

魚沼市教育委員会　様

主 治 医 記 入 欄	
不妊治療を受けた者の氏名・生年月日	昭・平　　年　　月　　日生
不妊治療に要した期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
不妊治療の内容 ※治療方法の該当箇所に☑又は記入してください。	●一般不妊治療 ☐ タイミング療法　☐ 排 卵 誘 発 法　☐ 人　工　授　精 ☐ 薬　物　療　法　☐ そ　の　他 〔　　〕 ☐男 性 不 妊 治 療 〔　　〕
	●生殖補助医療 ☐ 体 外 受 精　・　☐ 顕 微 授 精 (凍結胚移植を実施した場合はその胚の凍結日　　年　　月　　日) ☐男性不妊治療※体外受精・顕微授精の治療の過程で行う精子を精巣上体から採取するための手術が対象 手術療法 〔　　〕
他院での治療の有無	☐ 有　(病院名　　)　・　☐ 無
院外処方の有無	☐ 有　・　☐ 無
今回の治療経過	(妊娠判定結果・治療を中止、中断した場合はその理由等) 妊娠判定結果（ ＋ ・ － ）

上記の者については、不妊症と診断したため、不妊治療を実施したことを証明します。

年　　月　　日　　医療機関等　所在地

名　称

主治医氏名　　㊞

医 療 機 関 証 明 欄		
治療に要した費用	領 収 年 月 日	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
	A：保険診療分	円
	B：自費診療分	円
	C：合計額（A+B）	円

上記のとおり不妊治療にかかる医療費を領収したことを証明します。

年　　月　　日　　医療機関等　所在地

名　称

代表者　　㊞

※不妊症を判断するために行った検査費用は、その後不妊治療を受けた場合は助成対象となります。

※入院費・食事料・文書料等、直接的な治療に関係しない費用は含めないでください。消費税は対象となります。

※保険医療機関等発行の領収書・診療明細書を添付してください。