別記様式第２号

足利市　特定不妊治療　治療費受診等証明書

（体外受精・顕微授精）

氏名	夫		生年月日	年　月　日
	妻		生年月日	年　月　日
住　所		足利市		

今回の治療方法	１　体外受精　　２　顕微授精　（該当治療を〇で囲んでください。）	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。（　　）	精子回収の有無 有・無
治療期間 （始期から終期）	年　月　日から　年　月　日まで	
治療内容	※１回の治療のみ	
合計金額	※１回の治療のみ 円 （保険適用外の医療費）	

上記のとおり、治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

年　月　日

医療機関所在地

医療機関名称

主治医氏名

注意事項

１　当該患者に関して行った保険適用外（自費）の治療が助成の対象になります。

２　**特定外不妊治療**は当該年度の複数治療分をまとめて１回分として請求できますが、特定不妊治療は年度で１回分の助成となります。（申請は１夫婦につき、当該年度でどちらか１回までとなります。）

３　特定外不妊治療は、こちらの証明書ではなく、別記様式第２－２号をお使いください。