

様式第2号（第4条関係）

医療実施証明書

次のとおり、不妊治療（医療保険適用外の人工授精治療）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

印

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	
治療方法		人工授精（ 回）実施		
治療期間		院外処方による医療保険適用外の投薬がある場合の投薬内容	医療保険適用外 本人負担額	
年 月 日～ 年 月 日			円	
年 月 日～ 年 月 日			円	
年 月 日～ 年 月 日			円	
医療保険適用外本人負担額合計（領収額）			円	

注 入院費、食事代等不妊治療に直接関係のない費用は、除いてください。