様式第２号

# 医　療　機　関　証　明　書

記

<table>
<tr><th colspan="4">医　療　機　関　証　明</th></tr>
<tr><td rowspan="2">受　診　者　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>治　療　期　間</td><td colspan="3">年　　月　～　　年　　月</td></tr>
<tr><td>治　療　内　容</td><td colspan="3">☐人工授精　　☐体外受精　　☐顕微授精　　☐男性不妊<br>手術療法（治療名　　）<br>☐その他　（　　）<br><br>☐先進医療（治療名　　）<br><br>☐不育症（検査・治療名　　）<br><br>該当箇所に〇もしくは記入をしてください。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">治　療　費</td><td colspan="3">不妊治療保険適用治療費　　円　（ア）<br>（　R8 年 4 月以降の検査・治療のみ記載　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">不妊治療保険適用外治療費　　円　（イ）</td></tr>
<tr><td colspan="3">不育症治療費　　円　（ウ）<br>（　R8 年 4 月以降の検査・治療のみ記載・妊娠判定日までの治療のみ記載　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">合計（（ア）＋（イ）＋（ウ））　　円</td></tr>
<tr><td>今回の治療における妊娠の有無</td><td colspan="3">（１．有　　２．無　）　　妊娠判定日　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>過去に妊娠の経験がある場合</td><td colspan="3">（１．有　　年　　月　　２．無　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり、証明する。<br><br>年　　月　　日　　医療機関<br>所在地<br>名　称<br><br>主治医　　印<br><br>鹿沼市長　宛</td></tr>
</table>