

様式第4号（第7条関係）

不妊治療（保険適用された治療）費助成事業に係る受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称
所在地
電話番号
主治医氏名

印

（※主治医が自署又は記名押印）

下記のとおり、不妊治療費助成事業の対象となる不妊治療を実施したことを証明します。

	夫	妻
（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	（ ）
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
治療期間（※1）	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
今回の治療内容 について	<div> <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 </div> <div> <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 </div> <div> <input type="checkbox"/> その他 </div>	

医療機関ご担当者様

○ この証明書は、『不妊治療費助成事業』において、申請者が助成金を申請する際に必要な書類です。

【注意事項】

一連の治療を分けて申請することはできません。1回の治療計画ごとに受診等証明書を作成してください。
ただし、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は助成の対象となります。

（※1） 治療期間については、治療計画に基づき記載してください。