

別記様式第2号（第5条関係）

野木町不妊治療受診等証明書

|   |   |   |      |       |
|---|---|---|------|-------|
| 氏名  | 夫   |   | 生年月日 | 年 月 日 |
|   | 妻   |   |      | 年 月 日 |
| 治療方法                                      | <input type="checkbox"/> 人口授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊<br><input type="checkbox"/> 先進医療【治療名 <span style="float:right">】</span><br>（該当する治療全てにチェックしてください。） |   |      |       |
| 治療期間                                      | 年 月 日 ～ 年 月 日   |   |      |       |
| 主な治療内容                                    |   |   |      |       |
| 領収金額<br>保険適用外の<br>医療費                     | 人工授精  | 円 |      |       |
|   | 体外受精<br>顕微授精  | 円 |      |       |
|   | 男性不妊  | 円 |      |       |
|   | 先進医療  | 円 |      |       |
|   | <b>保険診療費以外の合計額</b>  |   |      |       |
| 上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。                   |   |   |      |       |
| 年 月 日                                     |   |   |      |       |
| 医療機関の所在地                                  |   |   |      |       |
| 医療機関の名称                                   |   |   |      |       |
| 主治医の氏名 <span style="float:right">⑩</span> |   |   |      |       |