

様式第2号（第5条関係）

不妊治療医療機関証明書

年 月 日

医療機関名  
所在地  
医師名  
(電話番号)

次のとおり、不妊治療を実施したことを証明します。

住 所	魚津市		
夫氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
妻氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
治療方法	<input type="checkbox"/> 体外受精 ・ <input type="checkbox"/> 顕微授精 ・ <input type="checkbox"/> 男性不妊 (該当する生殖補助治療にチェックしてください。)		
主な治療内容			
治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
治療費	不妊治療費助成対象金額 _____ 円 ※保険適用となる不妊治療に要した費用の自己負担分（回数制限により保険給付の対象外となった不妊治療に要した費用を含む。） ただし、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」の額を上限とする。		

【備考】

- 1 主治医が記入してください。
- 2 治療費は、食事療養費の額、文書料及び差額ベッド代は含みません。