様式第２号（第６条関係）

# 熊谷市不妊治療実施証明書

熊谷市長　　宛

次のとおり、不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

（治療実施医療機関）　所　在　地
医療機関名
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

１　治療を受けた者
夫　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日生）
妻　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日生）

２　今回実施した治療等（該当項目に☑）
⑴　治療区分（別表を参照）
☐ A　☐ B　☐ C　☐ D　☐ E　☐ F
⑵　治療方法
☐ 体外受精　☐ 顕微授精　☐ その他（　　）
⑶　妊娠の有無（☐ 有・☐ 無）
その他特記事項＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３　今回の治療期間（１周期の治療）
年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

４　今回の治療費用の領収年月日（期間）及び領収金額
年　　月　　日から　　年　　月　　日まで
金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円
（入院室料や食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く。）

５　保険適用の状況（該当項目に☑）
☐ 保険適用　☐ 保険適用外
（→保険適用外の理由　☐ 年齢要件　☐ 回数要件
☐ その他（　　））