

第2号様式（第6条関係）

不妊治療受診等証明書

|                     |                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |       |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|-------|
| 受診者                 | ふりがな<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                    |              | 生年月日  | 年 月 日 |
| 治療実施<br>医療機関<br>記入欄 | 治療期間                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日～ 年 月 日 |       |       |
|                     | 当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。<br><div><div><input type="checkbox"/>免疫異常<input type="checkbox"/>子宮異常<br/><input type="checkbox"/>内分泌異常<input type="checkbox"/>その他<br/><input type="checkbox"/>夫婦染色体異常</div><div>( )</div></div> |              |       |       |
|                     | 先進医療として告示された<br>不妊症検査の実施                                                                                                                                                                                                                      |              | 有 ・ 無 |       |
|                     | (有の場合) 先進医療技術名                                                                                                                                                                                                                                |              |       |       |
|                     | 上記のとおり、不妊治療を行ったことを証明します。<br><div>年 月 日</div><br>医療機関の名称<br>所在地<br>医師名                                                                                                                                                                         |              |       |       |
| 治療実施<br>医療機関<br>記入欄 | 治療期間                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日～ 年 月 日 |       |       |
|                     | 当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。<br><div><div><input type="checkbox"/>免疫異常<input type="checkbox"/>子宮異常<br/><input type="checkbox"/>内分泌異常<input type="checkbox"/>その他<br/><input type="checkbox"/>夫婦染色体異常</div><div>( )</div></div> |              |       |       |
|                     | 先進医療として告示された<br>不妊症検査の実施                                                                                                                                                                                                                      |              | 有 ・ 無 |       |
|                     | (有の場合) 先進医療技術名                                                                                                                                                                                                                                |              |       |       |
|                     | 上記のとおり、不妊治療を行ったことを証明します。<br><div>年 月 日</div><br>医療機関の名称<br>所在地<br>医師名                                                                                                                                                                         |              |       |       |

注1 治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。  
注2 証明内容については、本人同意のもと問合せをする場合があります。