様式第２号（第５条関係）

一般不妊治療医療機関受診等証明書

　次の者について、一般不妊治療（タイミング法・人工授精）を次のとおり実施したことを証明します。

年　　　月　　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

【主治医証明欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 夫 | | 妻 |
| 受診者 | 住　　所 | 五島市 | | 五島市 |
| 氏　　名 |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | 年　　月　　日（　　歳） |
| 治療方法・期間 | | １．タイミング法 | 【期間】　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日    診察日　　　月　　　日、　　　月　　　日  　　　月　　　日、　　　月　　　日  　　　月　　　日、　　　月　　　日 | |
| ２．人工授精 | 【期間】　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日  診察日　　　月　　　日、　　　月　　　日  　　　月　　　日、　　　月　　　日  　　　月　　　日、　　　月　　　日 | |

備考　生殖補助医療費（体外受精、顕微授精及び男性不妊手術）に係る治療は対象外ですので記載しないでください。