別紙２

別記様式第２号（第６条関係）

妙高市不妊治療に係る保険医療機関等証明書

<table>
<tr><td colspan="4">保険医療機関証明欄</td></tr>
<tr><td>不妊治療を受けた者の氏名及び生年月日</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>不妊治療に要した期間</td><td colspan="3">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td>不妊治療の内容及び治療に要した費用

※入院費、食事料、文書料、消費税等、直接不妊治療に関係ないものは対象外</td><td colspan="3">今回の治療方法の該当箇所に記入してください。

１　一般不妊治療
□タイミング療法　□排卵誘発法　□人工授精
□薬物療法　□その他（　　）
□男性不妊治療（　　）

２　生殖補助医療
□体外受精　□顕微授精　□男性不妊治療
（凍結胚移植を実施した場合はその胚の凍結日　年　月　日）

領収金額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円</td></tr>
<tr><td>今回の治療経過</td><td colspan="3">（妊娠判定結果・治療を中止、中断した場合はその理由等）

妊娠判定結果（　＋　・　－　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記の者について、不妊治療を実施したことを証明します。
年　月　日
保険医療機関　所在地
名　称
氏　名　印

妙高市長　宛て</td></tr>
<tr><td colspan="4">調剤薬局証明欄</td></tr>
<tr><td>投薬を要した期間</td><td colspan="3">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり証明します。
年　月　日
調剤薬局　所在地
名　称
氏　名　印

妙高市長　宛て</td></tr>
</table>