

特定不妊治療受診証明書

下記の者については、特定不妊治療（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、特定不妊治療を実施したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

※主治医の先生がご記入ください。

ふりがな	夫		妻	
受診者氏名				
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			