

第2号様式（第5条関係）

二宮町特定不妊治療医療機関証明書

受診者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
診断及び治療 実施医療機関	治療開始日	年 月 日 から
	治療終了日	年 月 日 まで
	治療方法	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください。
	上記のとおり特定不妊治療を行ったことを証明します。	
	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名： 所在地： 名称： 医師名： ㊞</p>	
<p>注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。</p> <p>A 新鮮胚移植を実施</p> <p>B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)</p> <p>C 以前に凍結した胚による胚移植を実施</p> <p>D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了</p> <p>E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止</p> <p>F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止</p>		

※ 証明内容については、本人同意のもと問い合わせをする場合があります。