

不育症治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関名

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	()	受診者 生年月日	年 月 日 (歳)
受診者住所			
不育症の原因			
今回の治療内容			
今回の治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る〕 領収金額 _____ 円		

※領収金額に記入する額は、不育症治療にかかる治療費および検査料とし、入院費、食事代は含みません。