

様式第2号(第5条関係)

不育治療費助成事業受診証明書

下記の者について、不育治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
医療機関の所在地
(生殖医療専門医)
主治医氏名

印

受診者氏名		生年月日	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
不育治療を必要とした理由			
治療内容			
領収金額 (診療費等)	領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日 金 _____ 円		

(注)診療費等は、不育治療に関する治療費・検査料をいいます。従って、入院費や食事代など直接医療に関係ないものは含まれません。