

様式第 2 号（第 7 条関係）

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、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

（署名又は記名押印）

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

受 診 者	ふりがな		生年 月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
	氏 名			
	住 所			
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
不育治療の理由				
主な治療内容				
領収金額		今回の治療にかかった金額合計（※保険適用外の自己負担額） 領収年月日 年 月 日～ 年 月 日 領収金額 円		

※ 領収金額の欄に記入する額は、不育症治療に関する治療費・検査料とし、入院時の差額ベッド代や食事代など直接治療に関係ないものは含みません。