

様式第2号(第5条関係)

不育治療支援事業受診証明書

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。

令和 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        | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                    |      |       |
| 不育治療を必要とした理由   |  |      |       |
| 治療内容           |  |      |       |
| 領収金額<br>(診療費等) | 金 _____ 円<br>領収年月日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |      |       |

(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。