

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

㊞

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 (診療費等)	金 _____ 円 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。