

様式第2号(第6条関係)

不育症治療費助成申請に係る証明書

次の者について、不育症治療を実施し、これに係る治療費等を受領したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_

医療機関の名称 \_\_\_\_\_ 印

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

受診者	ふりがな		生年 月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名			
	住所	〒 _____ 電話 ( ) _____		
領 収 金 額	_____ 円 領収年月日 _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日 ※今回の治療・検査にかかった金額の合計：医療保険適用外診療に限る			
今回の治療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
不育症治療を必要とした理由				
主な治療等内容	主治医氏名 _____ 印			

注) 治療費等は、不育症治療に要した治療費・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者は含みません。