

様式第2号(第4条関係)

専門医療機関証明書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医(生殖医療専門医)

㊦

下記のとおり、不育治療の実施と不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。

1 受診者等

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日

2 医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(単位 円)

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	_____ 円 (保険適用外の自己負担額)