

様式第3号(第4条関係)

不育治療実施医療機関証明書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

㊦

下記のとおり、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
領 収 金 額	_____円 (保険適用外の自己負担額)