

不育症治療等医療機関証明書

年 月 日

大子町長 様

医療機関名

所在地

医師名

印

次のとおり不育症治療等を実施したことを証明します。

受診者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
受診者の住所			
検査及び治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
診断名			
主な検査及び治療内容			
領収金額	(保険適用外の自己負担額)		円

備考 領収金額は、医療保険各法の規定に基づく保険給付が適用されない不育症治療等に  
係る費用(検査を含む。)とし、入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等は含みませ  
ん。