

不育症治療費助成事業受診等証明書

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領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日	夫	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	妻	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
不育症治療の理由				
主な治療内容				
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計〕 領収金額 _____ 円 ※保険外診療に限る。 ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の費用、処方箋によらない 医薬品等の費用、出産（流産、死産等も含む。）に係る費用は除く。			