

大村市不育症治療実施証明書

年 月 日

医療機関の名称  
医療機関の所在地

主治医氏名

印

次のとおり証明します。

受診者	氏 名		生年月日
	フリガナ		年 月 日生
	夫		
	フリガナ		年 月 日生
妻			
不育症治療を必要とした理由			
治療方法・内容			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
今回の治療に係る領収金額	保険内診療分		円
	保険外診療分		円

- ※1 領収金額は、不育症治療に関する治療費及び検査料をいう。
- 2 入院費、食事代等治療に直接関係のないものについては領収金額には含まないこと。