

不育症治療医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
治療実施 医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	領収金額	円 (※保険適用外の治療に係る自己負担額)
	<p>上記のとおり、不育症治療に係る費用について徴収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

(注)

領収書等で保険適用外の不育症治療費が確認できる場合は、記入不要とする。