

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

不育症治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、不育症治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、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

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

受診者	夫	ふりがな		生年月日（年齢）
		氏名		年 月 日生（ 歳）
	妻	ふりがな		生年月日（年齢）
		氏名		年 月 日生（ 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※保険外診療に限る。] 円		