

第2号様式（第5条関係）

不育症治療受診等証明書

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る治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（主治医が記入してください）

受診者	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名			
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
不育症治療を必要とした理由				
検査、治療内容 (保険診療外)				
領収金額	今回の治療にかかった合計額（※保険診療外の自己負担額及び申請に係る証明書料）			
	領収金額		円	

※ 領収金額：治療期間（治療開始日から出産(流産、死産等を含む)に伴い治療が終了するまで）における検査費及び治療費です。

※ 保険給付が適用される治療、入院時における差額ベッド代、食事代は含めないでください。