様式第２号（第６条関係）

不育症治療等実施医療機関証明書

次の者に対し、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る治療費等を下記のとおり受領したことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふ り が な）  受 診 者 氏 名 | 夫 | （　　　　　　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 領収年月日　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日  領収金額　金　　　　　　　　　　　　　　　　円  〔今回の治療・検査にかかった金額合計：医療保険適用外診療に限ります。〕 | | | | |
| 不育症治療の理由 |  | | | |
| 主な治療内容 | 今回の治療期間　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日  主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　（主治医が自書又は記名押印） | | | |

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

注　治療費等は、不育症治療に要した治療費・検査料とし、入院時の差額ベッド代や食事代など

直接治療に関係ないものは含みません。