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　　　　　　　　　　　　㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（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）			

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。