

# 不育治療実施証明書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

⑩

下記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。

受診者	氏名		生年月日		
	刃がナ		年 月 日生		
	夫				
	刃がナ		年 月 日生		
妻					
不育治療を実施した理由					
治療方法・内容					
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
今回の治療に係る領収金額 (治療費等)	保険内診療分				円
	保険外診療分				円
	領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日				
<p>* 領収金額は、不育治療に関する治療費及び検査料をいう。よって、入院費や食事代等治療に直接関係ないものについては含まない。</p>					