

様式第2号（第7条関係）

医療機関受診等証明書

下記の者について夫婦間での不妊治療を実施し、これに係る医療費等を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 住所
名称
主治医名 印

受診者氏名			
治療開始日	令和 年 月 日	病名	
治療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
治療費	(保険診療適用外の検査費及び診療費※)		円

※院外薬局支払分も含めてください