

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