

(別紙)

不育症検査及び治療費医療機関受診証明書

下記の者については、2回以上の流産等により不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用(保険適応外診療)を徴収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者の氏名		生年月日	年 月 日
受診者の住所			
検査及び 治療期間	年 月 日	～	年 月 日
診断名			
保険適応外の 検査・治療内容			
領収金額	金 _____ 円(保険適応外の自己負担額)		
検査及び治療実 施医療機関	上記のとおり不育症検査及び治療を実施したことを証明します。 年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名 印		