様式第３号(第４条関係)

不育治療実施医療機関証明書

年　　　月　　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

　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。

1　受診者等

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

2　医療機関記入欄(主治医が記入すること)　　　　　　　　　　　　　(単位　円)

|  |  |
| --- | --- |
| 治療期間 | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |
| 領収金額 | 円（保険適用外の自己負担額） |