

様式第2号の2 (第5条関係)

不育症検査及び治療費受診証明書

下記の者については、不育症（治療・検査）を実施し、これに係る医療費等（保険適用外診療）を下記の通り領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（フリガナ） 受診者氏名	（ ）
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）
主な検査及び治療内容	※妊娠中の治療の場合は出産予定日を記入してください。（ 年 月 日）
検査および治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日
領 収 金 額	[今回の治療にかかった合計金額※健康保険外診療に限る] 領収金額 円