

不育治療医療機関等証明書

年 月 日

医療機関等の所在地

医療機関等の名称

主治医等氏名

印

次のとおり、不育治療の実施と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

住 所	豊後高田市
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日

2 医療機関等記入欄

(単位 円)

治 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日
不育治療の理由 注1)	
主な治療内容	
領 収 金 額 注2)	医療保険適用内 _____ 円 医療保険適用外 _____ 円

注1)薬局の場合は記入の必要なし

2)領収金額には、医療保険等の医療保険に基づく保険給付額、入院時差額ベッド代、食事代等不育治療に直接関係のない費用は含まない。