

第2号様式（第4条）

不育症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

印

下記のとおり、不育症治療の実施と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）

診 療 機 関	年 月 日～ 年 月 日
不育症治療の理由	
主な治療内容	
徴 収 金 額	円（保険適用外の自己負担額）

④徴収金額の欄に記入する額は、不育症治療に関する治療費・検査料を言います。  
従って、差額ベッド代や食事代など直接医療に関係ないものは含みません。