

様式第2号（第5条関係）

不育症治療等実施証明書

年 月 日

我孫子市長 あて

医療機関名称  
所在地  
電話  
主治医氏名

次のとおり、不育症の診断を行った後、その治療等を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日
配偶者氏名		生年月日	年 月 日
診断名			
治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
治療・検査内容	【保険適用内】		
	【保険適用外】		
治療費	領収金額 円 (入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の直接治療に係らない費用を除いた保険適用外のみの費用)		
紹介先医療機関	不育症治療継続のため、紹介した医療機関がある際は必ず御記入ください。 紹介先医療機関名：		