

第2号様式（第5条関係）

茅室町不育症治療受診等証明書

次の者について、不育症治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したころを証明します。

年　月　日

実施医療機関　所　在　地

名　称

主治医氏名

印

実施医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年　月　日 (　歳)		年　月　日 (　歳)
治療期間				
治療内容	※保険適用外の検査名・治療名のみご記入ください。			
治療金額(A)	※保険適用外の検査・治療にかかった金額のみをご記入ください。			
文書料金	円			
合計金額(A+B)				