

第 2 号様式(第 5 条関係)

不育治療医療機関等証明書

下記の者について、不育治療を実施し、これに係る治療費等を下記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

印

(ふりがな) 受診者名(夫)	()	生年月日	年 月 日
(ふりがな) 受診者名(妻)	()	生年月日	年 月 日
不育治療の 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
治療の結果	出産 ・ 流産 ・ 死産 ・ その他 ()		
領 収 内 容	年 月 日から 年 月 日まで		
	領収金額 金 円		
	(内訳) 医療保険適用内の本人負担額 () 円 医療保険適用外の本人負担額 () 円		
主な治療・ 検 査 等	(主治医が自署 又は記名押印) 主治医氏名 印		