

不育治療受診等証明書

下記の者については、不育症と診断され、不育治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地
医療機関の名称
主治医氏名

印

【医療機関記入欄】

	夫	妻
(フリガナ) 氏名	()	()
生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
今回の申請に係る不育治療について主な内容記入して下さい。		
今回の申請の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
領収年月日		領収金額
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円