

不育治療費助成申請に係る証明書

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_____ ㊞

主治医氏名_____ ㊞

医療機関記入欄

	氏名	生年月日
夫		昭和・平成 年 月 日
妻		昭和・平成 年 月 日
不育治療の理由		
主な治療・検査内容	今回の治療期間 年 月 日～ 年 月 日	
治療の結果	出産 ・ 流産 ・ 死産 ・ その他（ ）	
領収金額 金_____円		

注）治療費等は不育治療に要した治療費・検査費とし、入院時の差額ベッド代や食事代など直接治療に関係ないものは含みません。

また、領収金額には、治療期間において不育治療に要した治療費・検査費の合計金額をご記入ください。