

第2号様式(第6条関係)

桜井市不育症治療医療機関等証明書

下記の者について、不育症治療を実施し、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

㊞

(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		
	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		㊞