

様式第2号(第5条関係)

不育治療医療機関等証明書

年 月 日

医療機関

住所

名称

主治医



不育治療について、下記のとおり証明します。

記

夫の氏名		生年月日	年 月 日
妻の氏名		生年月日	年 月 日
不育治療の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
不育治療の内容			
治療の結果	出産 ・ 流産 ・ 死産 ・ その他( )		
領収金額	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		
特記事項			