

様式第2号（第4条関係）

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

和気町長

殿

不育治療支援事業受診証明書

下記の者について、不育治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

（生殖医療専門医）

主治医氏名

印

受診者氏名		生年月日	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
不育治療を必要とした理由			
治療内容			
領収金額 （診療費等）	[今回の治療にかかった金額合計] 領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日 領収金額 _____ 円		

（注）診療費等は、不育治療に関する治療費・検査料をいいます。従って、入院費や食事代など直接医療に関係ないものは含まれません。