

年 月 日

不育症治療費医療機関受診証明書

八千代町長 様

下記の者については、2回以上の流産等（注）により不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用（保険適用外診療）を下記のとおり領収したことを証明します。

記

フリガナ 受診者の氏名		生年月日	年 月 日
受診者の住所	〒 ー		
検査及び治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
診 断 名			
保険適用外の 検査・治療内容			
領 収 金 額	円（保険適用外の自己負担額）		
検査及び治療 実施医療機関	上記のとおり不育症検査及び治療を実施したことを証明します。 年 月 日 医療機関名 所 在 地 医 師 氏 名		

（注）助成対象者は、過去の流産及び死産歴が2回以上の方です。