

様式第2号(第5条関係)

潮来市不育検査及び治療費医療機関受診証明書

潮 来 市 長 様

下記の者については、2回以上の流産等により不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用(保険診療外)を下記の通り徴収したことを証明します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
受診者氏名			
受診者住所	(〒)		
検査及び治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
診断名			
保険適応外の 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		