

様式第2号（第7条関係）

## 受診証明書

下記の者については、不育症治療を実施し、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。

記

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る〕 円			