

琴浦町不育症治療等実施医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
実施医療機関	期間	年 月 日～ 年 月 日
	検査・治療を必要とした理由	
	検査・治療内容	
	領収金額	円
	<p>上記のとおり、不育症検査・治療に係る費用を徴収したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>	

※領収金額は、保険給付が適用されない不妊検査及び治療に要した費用であり、入院時の差額ベッド代、食事代等治療に直接治療に関係のない費用は含みません。