

様式第2号(第7条関係)

鏡野町こうのとり支援事業（不育治療）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

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名



記

受診者	夫	氏名		生年月日	年 月 日
	妻	氏名		生年月日	年 月 日
不育治療を必要とした理由 (※受診医療機関を変更した場合は、その理由)					
治療内容・方法					
今回の治療期間 (※1)			年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額 (診療費等) (※2)			[今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る] 領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日  領収金額 円		

(※1) 治療期間については、不育治療の診察を行った日から治療終了までを記載してください。

(※2) 領収金額には、不育治療に関する治療費及び検査料のうち医療保険適用外の自己負担額をいいます。入院費、食事代、文書料や個室料など直接治療に関係ないものは含まれません。