

別記様式第2号（第5条関係）

不育症治療費受診等証明書

	夫	妻
氏 名		
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
住 所	佐野市	
治 療 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
治 療 内 容		
治 療 費	保 険 診 療	自己負担額 円
	保 険 診 療 外	自己負担額 円
上記のとおり不育症治療を行っ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 主治医の氏名		