別記様式第２号（第５条関係）

不育症治療費受診等証明書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | | |
| 氏名 | 夫 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 妻 |  | 年　　月　　日 |
| 治療期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | |
| 治療内容 | |  | | |
| 保険適用外の医療費 | | 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 | | | | |