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　　　　　　　　　　 |