

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							
<p>上記のとおり不育症治療を行ったことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 医療機関の名称 主治医の氏名</p>								