

別記様式第2号（第5条関係）

不妊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>上記のとおり不妊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</p> <p>医療機関の名称</p> <p>主治医の氏名</p>				