

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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の所在地 医療機関の名称 主治医の氏名</p>						