別記様式第2号(第5条関係)

不妊治療費受診等証明書

夫 年 月 日	П
氏名 生年月日 生年月日 生年月日 1 まままます。 1 ままままます。 1 まままままままままままままままままままままままままままままままままま	日
	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	
上記のとおり不妊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	