様式第13号

不育症治療費等助成事業受診等証明書

下記のとおり、不育症治療等を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年　月　日

医療機関の所在地

医療機関名

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

（ふりがな） 受診者氏名	（　　）	受診者 生年月日	昭和 平成　年　月　日（　歳）
受診者住所			
不育症の原因			
今回の治療内容			
今回の治療期間	年　月　日 ～　年　月　日		
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計　※保険外診療に限る〕 領収金額　円		

※領収金額に記入する額は、不育症治療にかかる治療費および検査料とし、入院費、食事代は含みません。