

不育治療受診証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
不育治療を必要とした理由		
主な治療内容		
領収金額 (診療費等)	_____円(保険適用外の自己負担額)	
<p>上記のとおり、不育治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>浅口市長 様</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所在地 名称 主治医（生殖医療専門医）</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>		

(注) 診療費等は、不育治療に関する治療費・検査料をいいます。従って、入院時の差額ベッド代や食事代など直接医療に関係ないものは含まれません。