

様式第2号（第6条関係）

不育治療受診等証明書

下記の者については、不育症と診断され、不育治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
主治医氏名

㊦

記

医療機関記入欄

	氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
今回の申請に係る不育治療について、主な内容を記入してください。		
今回申請の治療期間	年 月 日～	年 月 日
領収年月日	年 月 日～	年 月 日
領収金額		円

