第２号様式（第５条関係）

芽室町不育症治療受診等証明書

次の者について、不育症治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したころを証明します。

年　　月　　日

実施医療機関　所　在　地

名　　　称

主治医氏名　　　　　　　　　　　㊞

実施医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日  （　　歳） | 年　　月　　日  （　　歳） |
| 治療期間 |  | | | |
| 治療内容 | ※保険適用外の検査名・治療名のみご記入ください。 | | | |
| 治療金額(A) | ※保険適用外の検査・治療にかかった金額のみをご記入ください。 | | | |
| 文書料金 | 円 | | | |
| 合計金額(A+B) |  | | | |