

第2号様式 (第6条関係)

不育症治療等医療機関証明書

年 月 日

南房総市長 宛

医療機関 所在地

名 称

主治医の氏名

電 話 ()

次のとおり不育症治療等を実施したことを証明します。

受 診 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所		年 齢	歳
主な治療又は 検査の方法				
治 療 期 間		年 月 日から 年 月 日まで		
不育症治療等 の実施の理由				
治 療 費		領収金額 円 (保険適用内・外問わず。ただし差額ベッド代や食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く。)		
※ 治療費の内、先進医療として告示されている不育症検査の費用				円

※先進医療として告示されている不育症検査を実施している場合はその費用を記入してください。