

様式第2号(第6条関係)

不育治療受診証明書

下記の者について、不育治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

(自署又は記名押印をしてください。)

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			
治療内容			
本人負担額の内訳	医療費総額		
	年4月分		円
	年5月分		円
	年6月分		円
	年7月分		円
	年8月分		円
	年9月分		円
	年10月分		円
	年11月分		円
	年12月分		円
	年1月分		円
	年2月分		円
	年3月分		円
※領収金額 (上記本人負担額の合計)	金	円	
	領収年月日	年 月 日 ~	年 月 日

※領収金額は、診療費等のうち医療保険対象外の負担額を記入してください。ただし、文書料、室料、食事療養費その他直接治療に関係のない費用は含まれません。