

米子市不育治療等実施医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
実施医療機関	期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	検査・治療を必要とした理由	
	不育症の診断の有無	有 ・ 無
	不育症に係る治療実施の有無	有 ・ 無
	検査・治療内容	
	領収金額	円
	<p>上記のとおり、不育症に係る検査及び治療を実施し、並びに当該検査及び治療に係る費用を領収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>主治医 (印)</p> <p>(<input type="checkbox"/> 産婦人科専門医)</p>	

備考

- 1 領収金額は、保険給付が適用されない不育治療等に要した費用の額であり、入院時の差額ベッド代、食事代その他の不育治療等に直接関係のない費用の額は含みません。
- 2 主治医が産婦人科専門医である場合は、主治医の欄の「」に✓を記入してください。
- 3 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。