

様式第2号(第5条関係)

真庭市不妊治療支援事業受診証明書

年 月 日

真庭市長 様

医療機関

所在地

名称

主治医

印

次のとおり実施したので、証明いたします。

受診者	氏名		生年月日
	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
不妊治療を必要とした理由			
今回の治療方法・内容			
今回の治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
領収金額	_____円 (医療保険対象負担金)		
	_____円 (医療保険対象外負担金)		
	領収年月日 年 月 日～ 年 月 日		