

真庭市不育治療支援事業医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
専門医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	領収金額	円(保険適用外の自己負担額)
	上記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 印	
治療実施医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	領収金額	円(保険適用外の自己負担額)
	上記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 印	