

朝日町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不育症治療以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

| | | | | |
|-----------------|--|-----|------------|-----|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) | |
| 今回の治療期間 | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 | |
| 不育症治療の理由 | | | | |
| 主な治療内容 | | | | |
| 領収金額 | [今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る] <div style="text-align: center;">領収金額 _____ 円</div> | | | |