

## 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〕 領収金額 _____ 円			