様式第２号（第５条関係）

不育症治療等医療機関受診証明書

　　古河市長　宛て

　２回以上の流産等により不育症の検査及び治療を実施し、これに係る費用（保険適用外）を領収したことについて、次のとおり証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）受診者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 受診者住所 | (〒　　　－　　　　) |
| 検査及び治療期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 診断名 |  |
| 主な検査治療内容 |  |
| 領収金額 | 　　　　　　　　　　　　　円（保険適用外の自己負担額） |
| 検査及び治療実施医療機関 | 　　　　年　　月　　日医療機関名所在地医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印） |