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） | | |