

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	<p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>医師氏名</p> <p>(自署又は記名押印)</p>		

㊟