

様式第2号（第6条関係）

医 療 実 施 証 明 書

下記の者については、不育治療が必要であり、次のとおり治療を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
 名 称
 氏 名 印

患 者 氏 名 (生 年 月 日)	(年 月 日)
不育治療の期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
治 療 の 結 果	出産・流産・死産・その他 ()
領 収 内 容	年 月 日 から 年 月 日 まで
	領収金額 金 _____ 円 (内訳) 医療保険適用内の本人負担額 () 円 医療保険適用外の本人負担額 () 円
主な治療・検査等	

(注) 助成対象となる不育治療費は、治療費、検査料です。(入院費、食事代、文書料等治療に直接関係のない費用を除きます。)