

様式第2号（第8条関係）

（あて先）かすみがうら市長

かすみがうら市不妊治療医療機関受診証明書

下記の者について、不妊症治療（保険適用外の治療）を実施し、当該治療費の徴収を行ったことを証明します。

受診者	夫	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	年 月 日
	妻	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	年 月 日
治療期間	年 月 日～ 年 月 日 （男性不妊治療分） 年 月 日～ 年 月 日		
治療内容			
領収金額	【今回の治療にかかった金額合計※保険適用外の治療に限る】 特定不妊治療費 円（男性不妊治療費を除く） 男性不妊治療費 円		
医療機関名 所在地 医師氏名			