

様式第2号（第5条関係）

（あて先）かすみがうら市長

かすみがうら市不育症治療医療機関受診証明書

下記の者について、不育症治療（保険適用外診療）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	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
診断名		
治療内容		
領収金額	円（保険適用外の自己負担額）	
治療実施 医療機関	年 月 日	
医療機関名 所在地 医師氏名		