

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 |
| 検査期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 検査内容 | | |
| 治療内容 | | |
| 領収金額 | 検査期間及び治療期間内の保険適用外診療の自己負担額を記入してください。 入院時食事療養費、差額ベッド代、文書料は除いてください。 円 | |
| 医療機関名 所在地 医師氏名 | | |