

## 一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

印

### 医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日	夫	年 月 日 （ 歳）	妻	年 月 日 （ 歳）
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療内容	一般不妊治療			
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る。〕 領収金額 円			