

第2号様式（第7条関係）

年 月 日

（宛先） 鈴鹿市長

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

不育症治療受診等証明書

不育症治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	( )	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
不育症治療を 必要とした理由			
検査又は 治療の内容 (保険診療外)			
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
領収金額	[今回の治療にかかった合計額※保険診療適用外の本人負担額に限る。] <u>領収金額</u> 円 (注) 差額ベット代, 食事代, 文書料等に係る費用を除く。		