

# 【不育症治療用】

第2号様式（第8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

印

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。] 領収金額 _____ 円 (注) 差額ベット代, 食事代, 文書料等に係る費用を除く。		

備考

- 1 領収金額は1治療期間（治療開始日から出産（流産、死産等を含む。）に伴い不育症治療が終了するまでの期間）における治療費です。