

足利市 不育症治療 治療費受診等証明書

氏名	夫		生年 月日	年 月 日
	妻		生年 月日	年 月 日
住所	足利市			

治療期間 (始期から終期)	年 月 日 から 年 月 日 まで
治療内容	
合計金額	円 (保険適用外の医療費)
上記のとおり、治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。	
年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 主治医氏名	