

別記様式第2号（第6条関係）

不育症治療実施証明書

受診者	氏名	
	生年月日	
	住所	
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
治療内容		
医療保険適用外の 不育症治療費	領収金額 _____ 円 院外処方 _____ 円を含む	
<p>上記のとおり、不育症治療を実施し、足利市不育症治療費助成金の助成対象となる費用を受領したこと証明します。</p> <p>※医療保険適用外の治療分に限る。文書料、入院時差額ベット代、食事代は対象外。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関所在地 医療機関名称 主治医氏名</p>		