

様式第2号—1(第4条関係)

不妊症治療受診証明書

年 月 日

那珂川町長 様

医療機関の所在地

名 称

主治医氏 名

㊟

T E L ()

下記の者については不妊症治療が必要であり、次のとおり治療を実施したことを証明します。

記

※医療機関記入欄(主治医が記入してください)

(ふりがな) 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の治療法	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> その他 ()			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収年月日				
	領収金額			円

※ 受診者が添付する書類

- ① 領収書 コピー可(裏面添付又は別添可)