

様式第2号—2(第4条関係)

不育症治療受診証明書

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育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
今回の治療内容	<input type="checkbox"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 () <input type="checkbox"/> 子宮形態異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	領収金額 _____	

※ 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)