

年 月 日

稲敷市不育症治療費医療機関受診証明書

稲敷市長 様

医療機関名

所在地

主治医氏名

印

下記の者については、次のとおり不育症検査及び治療を実施し、これらに係る医療費等（保険外診療分）を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名				
受診者生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
診断名				
主な検査 及び 治療内容				
領収金額	金	円（保険診療外の自己負担額）		

注1 当該患者に関して行った不育症検査及び治療に係る費用（医療保険各法に基づく給付の対象とならないものに限る。）のみご記入ください。

注2 食事代、入院費、文書料、個室料等の治療に関係のない費用は含めないでください。