

大山町不育治療医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
専門医療機関	期間	年 月 日～ 年 月 日
	検査・治療を必要とした理由	
	治療内容	
	領収金額	円
	上記のとおり、不育症検査・治療に係る費用を徴収したことを証明します。	
	年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医（生殖医療専門医） 印	
治療実施医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	治療内容	
	領収金額	円
	上記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。	
	年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医 印	