

総社市不育治療実施証明書

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

次のとおり証明します。

受診者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
不育治療を必要 とした理由		
治療方法・内容		
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
今回の治療に 係る領収金額 (治療費)	保険内診療分	円
	保険外診療分	円
	領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日
<p>*領収金額は、不育治療に関する治療費をいう。よって、入院費や食事代等治療に直接関係ないものについては含まない。</p> <p>*生殖医療専門医を有する指定医療機関以外の医療機関で治療を実施した場合は、様式3「総社市不育治療医師証明書」を添付すること。</p>		