様式第2号（第5条関係）

年　　月　　日

大洗町長　宛

医療機関名

所在地

　　　　　　　　　　　医師名

大洗町不育症治療医療機関証明書

次のとおり、不育症（治療・検査）を実施したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者 | フリガナ氏　　　名 |
| 生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 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 | 円（保険診療外の自己負担額） |