

様式第3号(第6関係)

不育症治療医療機関等証明書

受 診 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
治療実施 医療機関	治 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日
	領 収 金 額	円(保険適用外の自己負担額)
	上記のとおり、不育症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	
保険薬局等	治 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日
	領 収 金 額	円(保険適用外の自己負担額)
	上記のとおり、不育症治療に係る費用を徴収したことを証明します。 年 月 日	
	保険薬局等 所在地 名 称	

(注) 領収書等で保険適用外の不育症治療費が確認できる場合は、記入不要とする。