

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 印	
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 印	

（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。