

様式第3号(第5条関係)

美作市不育治療支援事業医療機関受診証明書

年 月 日

美 作 市 長 様

医療機関名

所 在 地

主治医氏名

㊞

以下のとおり不育治療を実施したので、証明いたします。

受診者	氏 名	
	生 年 月 日	
生殖医療専門医	所属医療機関名	
	医 師 氏 名	
	専門医による 治 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日
主治医による 治 療 内 容		
主治医による 治 療 期 間		年 月 日～ 年 月 日
領 収 金 額		円

(記入にあたってのお願い)

領収金額は、各種保険適用外となる不育治療に要する治療費及び検査料（入院時の差額ベッド代、食事代等不育治療に直接関係のないものを除く。）の合計額を記載してください。