

筑西市不育症検査治療費受診等証明書			
年 月 日			
医療機関の所在地 名称 主治医名 印			
次の者については、2 回以上の流産等により不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用（保険適用外診療）を以下のとおり領収したことを証明します。			
《 主治医記入欄 》			
フリガナ		生年月日	年 月 日
受診者氏名			
検査及び治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
実施した保険適用外の検査及び治療内容			
領収金額	円 （保険適用外の自己負担額）		