

様式第3号（第6条関係）

不 育 症 治 療 等 受 診 証 明 書

受 診 者	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
診 断 及 び 治 療 実 施 医 療 機 関	治 療 期 間	
	診 断 名	
	助成対象となる不育 症治療に係る受診者 負担（領収）額 ※	
	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細はかっこ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 () <input type="checkbox"/> 子宮異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p>		

注 証明内容については、本人同意のもと問い合わせをする場合があります。

※ 負担（領収）額は入院、食事など直接治療に関係ないものは含みません。