

不育症治療費助成金認定証明書

申請者記入欄	氏名		生年月日
	フリガナ		年 月 日 () 歳
	夫		
	フリガナ		年 月 日 () 歳
	妻		
	住所	(郵便番号) 太田市	
電話番号			

*次の事項について証明をお願いいたします。

医療機関記入欄	受診者氏名	
	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	治療の理由	<p>※該当するものに丸をつけ、カッコ内に詳細を記載してください。</p> <p>1 免疫異常 ()</p> <p>2 内分泌異常 ()</p> <p>3 夫婦染色体異常 ()</p> <p>4 子宮の異常 ()</p> <p>5 その他 ()</p>
	主な治療内容 と経過	
	領収金額	<p>領収金額 _____ 円</p> <p>院外処方分 _____ 円を含む。</p> <p>*医療保険適用外の治療分に限る。文書料、入院時差額ベッド代、食事代は対象外。</p>
		<p>上記のとおり証明します。 (医療機関住所・名称・主治医名)</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>