

不妊治療協力医療機関受診等証明書

年 月 日

下記の者が行っている不妊治療の実施に協力し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

協力医療機関	所在地
	名称
	医師名
	電話番号

協力医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

受診者	ふりがな 氏名	夫		妻	
	生年月日 (年齢)	年 月 日		年 月 日	
指示医療機関の名称 及び指示医師名					
今回の治療内容		☐ 一般不妊治療 ☐ 不育症治療			
		☐ 注 射 () 回 ☐ その他 ()			
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
本人負担額		円			
特記事項					