

亀山市不育症治療費助成受診等証明書

下記の者について、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	年 月 日 (歳)
不育症治療の内容				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
不育症治療に要した医療費のうち自己負担額 (保険適用外の金額)	円			