

妹背牛町不妊治療費（保険適用）助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり、保険適用となる不妊治療を実施し、これに係る医療費を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

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）。

[illegible]

注1 当該患者に関して行った保険適用の不妊治療に係るものをご記入ください。

2 食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、除いてください。