

第2号様式（第6条関係）

不 育 症 治 療 等 実 施 証 明 書

根室市長 様

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名



次のとおり不育症（検査・治療）を実施したことを証明します。

(ふりがな) 受診者の氏名		生年月日	年 月 日
受診者の住所			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
不育症検査及び 治療の理由	検査名 () 治療 (該当するものについてチェックし、詳細をカッコ内に記載して下さい) <input type="checkbox"/> 子宮異常 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> 染色体異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
治療内容			
治療及び検査に要した経費等	①治療及び検査に要した経費 _____円 ②文書料領収金額 _____円 ※本証明書に係る文書料領収金額のみを記載してください。		
紹介先の医療機関で継続治療をする場合は、その医療機関名を記載してください。 ()			