　第２号様式

不育症治療等医療機関証明書

年　　月　　日

　（あて先）成田市長

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関 | 所在地 |
| 名　　　　称 |
| 主治医の氏名 |
| 電話番号 |

　次のとおり不育症治療等を実施したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏名 |  |
| 年齢 | 歳 |
| 住所 |  | | |
| 主な治療又は  検査の方法 | |  | | |
| 治療期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | |
| 不育症治療等  の実施の理由 | |  | | |
| 治療費 | | 領収金額　　　　　　　　　　　円 | | |