

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

所在地  
名称  
医療機関 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 齡	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		