

様式第 3 号（第 6 条関係）

不育症治療等実施医療機関証明書

受診者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
専門医療機関	期 間	年 月 日～ 年 月 日
	検査・治療を 必要とした理由	
	治療内容	
	助成対象費用	
	上記のとおり、不育症検査・治療に係る費用を徴収したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医（生殖医療専門医）	
治療実施 医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	治療内容	
	助成対象費用	円
	上記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医	