

## 別記第2号様式（第5条関係）

年 月 日

益城町長 様

所在地  
保険医療機関等 名 称  
主治医氏名

## 益城町不妊治療医療機関受診等証明書

下記のとおり、受診者に対し不妊治療等を行ったことを証明します。

記

受 診 者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
不妊治療の期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
不妊治療の内容（回数）	<input type="checkbox"/> 人工授精 ( ) 回 <input type="checkbox"/> 体外受精 ( ) 回 <input type="checkbox"/> 頸微授精 ( ) 回 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
診 療 日	不妊治療に要した費用		文書料、個室料等の不妊治療に直接関係ない費用	合計 (領収金額)
	保険適用 (助成対象)	保険適用外		
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
計 日	円	円	円	円