

付表 3

つくばみらい市不育症検査及び治療費医療機関受診証明書

つくばみらい市長 様

次の者については、2回以上の流産等により、不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用（保険適用外診療）を領収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名		生年月日	年 月 日
受診者の住所	茨城県つくばみらい市		
検査及び治療期間	年 月 日	～	年 月 日
診断名			
保険適用外の 検査及び治療内容			
領収金額	金 _____ 円（※保険適用外の自己負担額）		
検査及び治療実施 医療機関	<p>上記のとおり不育症検査及び治療を実施したことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>医師氏名 (印)</p>		