

様式第2号（第5条関係）

不育治療医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
治療実施 医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	治療内容	
	領収金額	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	