

様式第2号（第6条関係）

美咲町はぐくみ事業医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
専門医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	不育治療を必要とした理由	
	治療内容	
	領収金額	円（保険適用外の自己負担額）
	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。	
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（保険適用外の自己負担額）
	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。	