

様式第2号（第6条関係）

東海村不育症治療医療機関証明書

東海村長 様

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名



次のとおり不育症（治療・検査）を実施したことを証明します。

(ふりがな) 受診者の氏名		生年月日	年 月 日
受診者の住所			
治療期間	年 月 日～	年 月 日	
診断名			
主な治療 検査内容			
医療費	円（保険適用外の自己負担額）		