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

　　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） | | |