

野木町不妊治療受診等証明書

住 所			
氏 名	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
治療期間	年 月 日から		年 月 日まで
治療内容	<p>1. 体外受精 2. 顕微授精 3. 人工授精 上記該当する番号に○を付けて下さい。</p>		
領収金額 保険適用外 の医療費	<p>領収金額 _____ 円 (保険診療費以外の合計額)</p>		
<p>上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 医療機関の名称 主治医の氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			