

年 月 日

利根町不育症治療費医療機関受診証明書

利根町長 様

医療機関名

所在地

医師名 印

次のとおり、不育症（検査・治療）を実施したことを証明します。

受診者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
診断名		
主な検査 及び 治療内容		
領収金額	円（保険診療外の自己負担額）	