別紙

不妊・不育治療受療証明書

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
病名		
治療開始日		年　月　日
当該年度における治療期間		年　月　日 ～　年　月　日
治療内容（該当するものに〇）		1　検査・診察　2　画像診断・処置　3　精液検査 4　ホルモン剤　5　その他（　　）

上記のとおり不妊・不育治療を受療したことを証明します。

年　月　日

（医療機関）　住所又は所在地

氏名又は名称　　印