鉾田市不育症治療医療機関証明書

下記の者については、2回以上の流産等により不育症検査及び治療を実施し、これに係る費用(保険外診療の額)を下記のとおり徴収したことを証明します。

受診者	氏	名											
	住	所											
	生年月	月日					年		月	日			
検査及び治療期間			<u> 2</u>		年	月		日~	平成	年	月	日	
診	斤	名											
		受診者 内に記				\$ O.	つにチ	エック	し、詳	羊細に~	ついては	()	
主な治療検査内容			□免疫			()
			□内分	泌異常		()
			□夫婦	染色体	異常	()
			□子宮:	異常		()
			口その	他		()
医療費												円	
(保険適用外の自己負担分)												1 7	
													—
			上記の	とおり	不育症	検査	及て	バ治療	を実施	したこ	とを記	证明しま	9 0
			上記の	とおり	不育症	検査	及て	が治療	を実施 平成			証明しま 日	9 .
				とおり、田市長		検査	及て	が治療					9 0
	び海機			田市長		検査	及て	が治療					9 0
検 査 及 実 施 医	び療機	療関		田市長 医物	様	検査	及て	が治療					9 0
				田市長 医療 原	様	検査	及て	が治療					9 0
				田市長 医療 戸	様 療機関 听在地	検査	及び	が治療				日	9.