

# 銚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	
	生年月日	平成 年 月 日
検査及び治療期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日
診断名		
主な治療検査内容		<p>受診者について該当するものにチェックし、詳細については（）内に記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/>免疫不全（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>内分泌異常（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>夫婦染色体異常（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>子宮異常（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
医療費 (保険適用外の自己負担分)		円
検査及び治療 実施医療機関		<p>上記のとおり不育症検査及び治療を実施したことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>銚田市長 様</p> <p>医療機関</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>主治医</p> <p style="text-align: right;">⑨</p>