

不妊治療受診証明書

受診者	住所				
	氏名	夫		生年月日	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					
保険適用外の医療費					
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">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>					