

様式第 2 号（第 5 条関係）

不育症治療内容証明書

医療機関証明			
受診者名	夫	生年月日	年 月 日
	妻	生年月日	年 月 日
不育症治療の理由			
主な治療内容			
治療期間	年 月 ～ 年 月		
治療費	円 (保険診療費以外の合計額)		
上記のとおり不育症治療を行ったことを証明する。 医療機関 所在地 名 称 ⑩ 上記の者について、不育症の治療が必要であることを認めます。 年 月 日 主治医 ⑩ 日光市長 様			