

医療機関受診等証明書

(日光市不妊治療費補助金交付申請用)

年 月 日

日光市長 様

住所

名称	医 療 機 関
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

主治医氏名

印

電話

次の者については、不妊治療が必要であり、次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

【主治医記入欄】主治医が記入してください。

[illegible]

※文書料、保存管理料、個室代等の不妊治療に直接関係ない費用は除いてください。