

様式第2号（第5条関係）

不妊治療受診等証明書

年 月 日

斜里町長 様

医療機関 所在地
(調剤薬局) 名称
代表者 (印)
(電話番号))

下記の者については、不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

記

※医療機関記入欄

| | |
|-----------------|-------------------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | |
| 不妊治療の方法 | ・人工授精 ・その他 () |
| 治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 領収年月日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 領収金額 _____ 円 | |