

様式第2号(第5条関係)

年 月 日

神栖市長 様

医療機関名

所在地

医師名

印

神栖市不育症治療医療機関証明書

次のとおり、不育症（治療・検査）を実施したことを証明します。

受診者	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
診断名		
主な検査 及び 治療内容		
領収金額	円（保険診療外の自己負担額）	