

八郎潟町不育治療医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
治療実施 医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日
	治療内容	
	領収金額	円
	<p>上記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所在地 名称</p> <p style="text-align: right;">印</p>	