

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
	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。 年 月 日 医療機関 所 在 地 名 称 印	