

鹿嶋市不育症検査及び治療費医療機関受診証明書

鹿嶋市長 様

下記の者については，2 回以上の流産等^{注）}により不育症検査及び治療を実施し，これに係る費用（保険適用外診療）を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

フリガナ 受診者の氏名		生年月日	年 月 日
受診者の住所	(〒 -)		
検査及び治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
診 断 名			
保 険 適 用 外 の 検査・治療内容			
領 収 金 額	円 （保険適用外の自己負担額）		
検査及び治療 実施医療機関	上記のとおり不育症検査及び治療を実施したことを証明します。 年 月 日 医療機関名 所 在 地 医 師 氏 名		

注）助成対象者は，過去に流産又は死産歴が 2 回以上の方です。