様式第２号

医　療　機　関　証　明　書

記

医　療　機　関　証　明			
受　診　者　名		生年月日	年　　月　　日
治　療　内　容	人工授精　　体外受精　　顕微授精 手術療法（　　） その他　（　　） 該当箇所に○もしくは記入をしてください。		
治　療　期　間	年　　月　～　　年　　月		
治　　療　　費	円　（保険診療費以外の合計額）		
今回の治療における妊　娠　の　有　無	（１．有　　２．無　）　該当する番号に○をつけてください。		
過去に妊娠の経験がある　場　合	（１．有　　年　　月　　２．無　）		

上記のとおり、証明する。

年　　月　　日　　医療機関
所在地
名　称

主治医　　印

鹿沼市長　宛