

様式第 2 号（第 7 条関係）

氷川町生殖補助医療費等助成事業医療証明書

年 月 日

氷川町長

様

(医療機関)

住所

名称

代表者

電話番号

下記の者については、次のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る治療費等を領収したことを証明します。

※太枠以外医療機関記入	氏名	生年月日
夫	ふりがな	年 月 日
妻	ふりがな	年 月 日
実施状況	治療を行った期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
() 年度分 本人負担額の内訳 (保険適用の治療費のみ)	区分 (診療月)	実費負担額※
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円

※生殖補助医療のための治療以外の費用は含めない。