

## 不妊治療（医療保険適用外）受診証明書

下記の者に係る一般不妊治療及び生殖補助医療については、当該治療に係るすべてが医療保険適用外であったことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

※主治医の先生がご記入ください。

受診者	ふりがな 氏 名	ふりがな 氏 名
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	