

様式第2号（第6条関係）

茨城町生殖補助医療費助成事業医療機関証明書

年 月 日

茨城町長 宛

(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	
妻	ふりがな	
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 (医療保険適用外の 治療費のみ)	区分(診療月)	治療費実費負担額※
	年 月分	
	年 月分	
	年 月分	
	年 月分	
	年 月分	
	年 月分	
	年 月分	
	年 月分	
	年 月分	

※医療保険適用外の生殖補助医療のための治療以外の費用は含めないでください。

