

様式第2号（第4条関係）

不育症検査医療機関証明書

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

次のとおり、不育症検査を実施したことを証明します。

住 所	常陸大宮市		
夫 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
妻 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
主な検査 内容			
検査期間	年 月 日～ 年 月 日		
検査費 (保険適用外)	円		

備考

- 1 主治医が記入してください。
- 2 検査費は、保険適用外の検査費とし、入院時の差額ベッド代、食事代や文書代等の費用は含みません。