

様式第2号（第6条関係）

コウノトリ支援事業医師証明書

年 月 日

医療機関所在地

名 称

主 治 医



下記の者について、不妊治療等を行ったことを証明します。

記

	氏 名	生 年 月 日
夫		
妻		
診療期間	年 月 日 ~	年 月 日
診療額	(保険診療適用外負担額)	円
主な治療	該当する治療方法に○をしてください。 1 人工授精 2 体外受精 3 顕微授精 4 不育症の治療	
特記事項		