

第 3 号様式（第 8 条第 1 項第 4 号）

不妊治療等医療機関証明書

年 月 日

香取市長 様

保険医療機関等 所在地

名称

主治医氏名 ⑩

電話番号

次のとおり不妊治療等を行ったことを証明します。

受診者	夫	ふりがな	妻	ふりがな
		氏 名		氏 名
		生年月日 年 月 日（ 歳）		生年月日 年 月 日（ 歳）
疾患名				
不妊治療等の内容		年月日		
今回の証明に係る治療等の期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
治療等の状況		☐ 終了 ☐ 治療継続中		