

印南町生殖補助医療費支払証明書

受診者の氏名	生年月日	住所
夫	年 月 日	
妻	年 月 日	

受診日	生殖補助医療に係る受診費用のうち 自己負担額(先進医療分を含む)	医療機関の領収確認印
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	

上記のとおり証明します。

印南町長 様

年 月 日

医療機関
所在地
名称
代表者氏名