

(参考)

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

住所
医療機関名
職 (院長等)
氏 名

領 収 証 明 書

次の者の特定不妊治療 (体外受精・顕微授精) に係る保険外治療費用について次のとおり領収したことを証明する。

(夫) 氏名 (生年月日:)

(妻) 氏名 (生年月日:)

治療期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

領収日 金額 円

領収日 金額 円

領収日 金額 円

領収日 金額 円