

人工授精費助成事業受診等証明書

光市長 様

(医療機関)

住所

名称

医師名

電話番号

下記の者について、人工授精による不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

記

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	生 年 月 日	年 月 日
	妻	()		年 月 日
貴医療機関における人工授精による不妊治療の開始年月日			年 月 日	
治療の医学的必要性（注）			有 ・ 無	
今回の治療日	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
領 収 金 額	今回の治療にかかった合計金額 ※保険適用診療の人工授精に限る。			
	<u>領収金額</u> 円			
特 記 事 項				

（注）貴医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。