

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、一般不妊治療（人工授精）を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関名

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者 生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
受診者住所				
今回の 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る〕 領収金額 _____ 円			

※領収金額に記入する額は、人工授精にかかる治療費とし、入院費、食事代、文章料は含みません。