

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療（人工授精）を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

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	()	妻	()
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	年 月 日 (歳)
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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			