

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、次のとおり一般不妊治療（人工授精）を実施し、これに係る医療費等（保険外診療分）を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

* 医療機関記入欄（太枠内以外は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		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
人工授精の 実施状況	貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日	
	人工授精実施回数		回	
本人負担額の内訳	区 分		実費負担額（保険外診療分）	
	年	月分	円	
	年	月分	円	
	年	月分	円	
	年	月分	円	
	年	月分	円	
	年	月分	円	
	年	月分	円	
	年	月分	円	
	年	月分	円	
	年	月分	円	
	合計		円	

注1 当該患者に関して行った人工授精に係る費用のみご記入ください。

2 食事代、入院費、文書料及び個室料等の治療に関係のない費用は含めないでください。