

一般不妊治療費受診等証明書

年 月 日

八幡浜市長 様

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

下記の者については、人工授精による一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

記

太枠の中をご記入ください。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
人工授精実施日		領収金額（保険適用外診療に限る。）		
年 月 日		円		
年 月 日		円		
年 月 日		円		
年 月 日		円		
年 月 日		円		
年 月 日		円		
年 月 日		円		
年 月 日		円		
合計領収金額		[今回の治療にかかった合計金額（保険適用外診療に限る。）] 円		

- 注1 当該患者に対して行った人工授精（保険適用外）に係るものについてご記入ください。
ただし、実施日において妻の年齢が43歳以上の場合は記入しないでください。
- 2 対象となる人工授精（保険適用外）に係る費用は、夫の精子を妻の子宮内に注入するために要する費用のみです。