

年 月 日

下関市不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書

下関市長

様

(医療機関)

住所

名称

主治医氏名

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通り徴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	妻
受診者生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
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金額合計 ※人工授精(保険適用診療)に限る] 領収金額 円 (領収書は裏面添付又は別添可)	
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。