

人工授精治療受診等証明書

（宛先）周南市長

（医療機関）所在地

名 称

医師名

電話番号

⑩

※医師が署名する場合は、押印を省略できます。

下記の者については、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とおり領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	()	生 年 月 日	年 月 日
	妻	()		年 月 日
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 ※保険適用診療（人工授精）に限る。 領収金額 円			
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。