

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

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	<div style="text-align: center;"> 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 </div>					
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用外診療（人工授精）に限る。 <div style="text-align: center;"> <u>領収金額</u> 円 </div>					
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。