

甲良町人工授精治療受診等証明書

下記の者については、不妊治療を必要とするため人工授精による治療を実施し、これにかかる医療費として次のとおりの金額を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

印

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	夫 年 月 日	妻 年 月 日
治療日および治療 内容	治療年月日	治療内容治療内容該当する番号 (注)に○をつけてください。
	年 月 日	1・2・3 ()
	年 月 日	1・2・3 ()
	年 月 日	1・2・3 ()
	年 月 日	1・2・3 ()
	年 月 日	1・2・3 ()
	年 月 日	1・2・3 ()
領収金額		円 (保険外診療分に限る)

(注)

治療内容

- 1 一般人工授精 2 濃縮精子人工授精 3 その他

※3 その他の場合は () 内に内容をご記入ください。