様式第６号（第４条関係）

鳥取県人工授精助成事業受診証明書

平成　　年　　月　　日

（医療機関）

住所

名称

主治医氏名　　印

※署名又は記名押印

次の者について、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とおり徴収したことを証明します。

（医療機関が記載してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
生年月日		年　　月　　日		年　　月　　日

治療日	領収金額 （人工授精にかかる保険外診療分）
平成　　年　　月　　日	円 （内対象外経費　　円）
平成　　年　　月　　日	円 （内対象外経費　　円）
平成　　年　　月　　日	円 （内対象外経費　　円）
平成　　年　　月　　日	円 （内対象外経費　　円）
平成　　年　　月　　日	円 （内対象外経費　　円）
計	円 （内対象外経費　　円）

※特定不妊治療を行った場合は、別途、様式第２号（特定不妊治療受診証明書）に記載してください。

※対象外経費欄には、助成対象外の経費（入院費・食事代・精子の凍結や管理に関する費用等）について記載してください。