

鳥取県人工授精助成事業受診証明書

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