

不妊治療受診等証明書

不妊治療(人工授精)に係る治療費を、下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医名

印

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和・平成 年 月 日(歳)		昭和・平成 年 月 日(歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
上記治療に係る領収金総額 _____ 円				
注)人工授精について、保険診療適用外の経費を申請すること。 注)食事代、入院費、文書料及び凍結保存にかかる費用は除く。				