

宇城市一般不妊治療（人工授精）費助成事業医療機関受診等証明書

医療機関 所在地

名 称

主治医氏名 (※)

(※)自署しない場合は、記名押印してください。

次の者について、不妊症と診断し、一般不妊治療を実施しましたので、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄

夫	ふりがな 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
妻	ふりがな 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
一般不妊治療開始日		年 月 日 (妻 歳)		
	一般不妊治療を実施した年月日	今回の治療に要した金額 (※)		
1	年 月 日	円		
2	年 月 日	円		
3	年 月 日	円		
4	年 月 日	円		
5	年 月 日	円		
6	年 月 日	円		
徴収金額	治療に要した合計金額			円

(※) 「今回の治療に要した金額」について、以下の額を記入してください。

令和5年4月1日以降に受けた保険適用の対象となる一般不妊治療における本人負担額になります。ただし、文書料、入院時の食事療養標準負担額及び個室料等不妊治療に直接関係のない費用は含めないでください。