

様式第13号 (第30条関係)

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療（人工授精）を行わなければ妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、一般不妊治療（人工授精）を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領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
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受診者	夫	ふりがな		生年月日（年齢）
		氏名		年 月 日生（ 歳）
	妻	ふりがな		生年月日（年齢）
		氏名		年 月 日生（ 歳）
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
本人負担額の内訳	区分	本人負担額〔※保険外診療に限る。〕		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
領収金額		〔今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る。〕 円		