

様式第3号（第6条関係）

香美市不妊治療費助成事業医療機関受診証明書

年 月 日

香美市長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名

下記の者対し、必要と認める一般不妊治療（人工授精）を実施し、これに係る治療費を受診者から受領したことを証明します。

受診者	夫	フリ 氏 カ 名			
		生年月日	昭和・平成	年	月
	妻	フリ 氏 カ 名			
		生年月日	昭和・平成	年	月
助成対象 一般不妊治療	<input type="checkbox"/> 人工授精 ※一般不妊治療費の助成対象となる治療は人工授精に限ります。				
治 療 期 間			受 領 金 額		
年 月 日	～	年 月 日			
院外処方（無・有）					
年 月 日	～	年 月 日			
院外処方（無・有）					
年 月 日	～	年 月 日			
院外処方（無・有）					
年 月 日	～	年 月 日			
院外処方（無・有）					
今回の治療にかかった金額の合計					
妊娠成立の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未確認		
出産の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未確認		