

白糠町不妊治療費等助成事業（一般不妊治療）受診等証明書

年 月 日

白 糠 町 長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

下記の者については、人工授精を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

ふりがな 受診者氏名	夫		妻		
受診者生年月日		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日	
人工授精（AIH） 実施状況	実施回数	_____回			
		（内訳）			
		実施月日	年	月	日
			年	月	日
			年	月	日
			年	月	日
			年	月	日
			年	月	日
領収金額（※1）		金 _____ 円			

※注1 AIH当日およびAIH前後に要する治療に係る本人負担額であり、また治療に関係のない文書料、個室料等の費用は除いてください。

【通院証明欄】

令和 年度 (該当月に日付を記載してください)								
4 月	日	日	日	10 月	日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
5 月	日	日	日	11 月	日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
6 月	日	日	日	12 月	日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
7 月	日	日	日	1 月	日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
8 月	日	日	日	2 月	日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
9 月	日	日	日	3 月	日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	
	日	日	日		日	日	日	

※治療で通院した日のみが該当となります。付き添いや、薬・文書を受け取るのみなど、治療以外の用事で通院した日は除いてください。