

高知市一般不妊治療助成事業医療機関受診等証明書

年 月 日

高知市長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

下記の者については、妊娠を希望しているにもかかわらず妊娠に至ることができない状態と判断したため、人工授精による不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

（主治医が記入してください。）

治療方法	人工授精					
(フリガナ) 受診者氏名	夫			妻		
		昭和 平成	年 月 日 (歳)		昭和 平成	年 月 日 (歳)
受診者生年月日		昭和 平成	年 月 日 (歳)		昭和 平成	年 月 日 (歳)
年度において人工授精を行った期間			年 月 日 ~ 年 月 日			
第1回治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	領収金額	円 (院外処方 有・無)		
第2回治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	領収金額	円 (院外処方 有・無)		
第3回治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	領収金額	円 (院外処方 有・無)		
妊娠成立の有無	有・無・未確認・その他 ()					

※ 人工授精を行ったことが前提となります。