

高松市一般不妊治療受診等証明書

次の者については、一般不妊治療が必要と思われるため、次により一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
		年 月 日生（ 歳）		年 月 日生（ 歳）
	実施状況	治療方法	人工授精	
治療期間		年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日		
実施回数		回		
本人負担額	円			

※1 当該受診者に対して行った人工授精及びこれに付随する検査、投薬等に係るもの（医療保険各法による給付の対象とならないものに限る。）のみを記入してください。

※2 文書料、個室料等の一般不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。