

記入例

別記第2号様式

人工授精

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

令和〇〇年〇〇月〇〇日

山口県不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書

山口県知事

様

(医療機関)

住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号

名称 〇〇病院

主治医氏名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

下記の者について、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通り徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな)	( やまぐち たろう )	( やまぐち はなこ )
受診者氏名	夫 山口 太郎	妻 山口 花子
受診者生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)	昭和〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)
貴医療機関における人工授精による不妊治療の開始年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
治療の医学的必要性(注)	有 ・ 無	
今回の治療日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 年 月 日 年 月 日	
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用診療の人工授精に限る] 領収金額 〇, 〇〇〇 円 (領収書は裏面添付又は別添可)	
特記事項		

注 貴医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。