

むつ市一般不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書

年 月 日

(宛先) むつ市長

所在地

医療機関名

主治医氏名

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

医療機関で御記入ください。

治療方法	人工授精			
(フリガナ) 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日(歳)		昭和 平成 年 月 日(歳)
回数	実施日		医療機関等徴収額	
1回目	年 月 日		円	
2回目	年 月 日		円	
人工授精実施回数 回				
※助成は年度中2回までですが、今までに夫婦が貴院で実施した治療回数を御記入ください。 今後の助成対象回数等の参考とさせていただきます。				