

様式第4号（第4条関係）

人工授精受診証明書

年 月 日

(医療機関)

住所

名称

主治医氏名

⑩

※署名または記名押印

次の者について、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とおり徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者 氏名	夫	( )	妻	( )
生年月日 (和暦)		年 月 日		年 月 日

治療日 (和暦)	人工授精に係る領収金額
年 月 日	円 (うち対象外経費 円)
年 月 日	円 (うち対象外経費 円)
年 月 日	円 (うち対象外経費 円)
年 月 日	円 (うち対象外経費 円)
年 月 日	円 (うち対象外経費 円)
年 月 日	円 (うち対象外経費 円)
年 月 日	円 (うち対象外経費 円)
年 月 日	円 (うち対象外経費 円)
計	(イ) 円 (ロ) (うち対象外経費 円)
算定基準額 (ホ)	(イ) - (ロ) 円

※特定不妊治療を行った場合は、別途様式第3号（特定不妊治療受診証明書）に記載してください。

※対象外経費欄には、助成対象外の経費（入院費・食事代・生死の凍結や管理に関する費用等）について記載してください。