様式第３号（第５条関係）

錦町不妊治療費等助成事業受診等証明書【一般不妊治療・人工授精】

年　　月　　日

錦町長　様

（医療機関）

住所

名称

代表者　　印

電話番号

下記のとおり、不妊治療（一般不妊治療・人工授精）を実施し、治療費を領収したことを証明します。

<table>
<tr><td colspan="3">一般不妊治療</td><td colspan="4">人工授精</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">夫</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診者</td><td colspan="2"></td><td>受診者</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">貴医療機関における不妊治療開始年月</td><td rowspan="3">妻</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">年　　月　　日　開始</td><td>受診者</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>治療方法</td><td colspan="2">□タイミング療法　□排卵誘発剤
□その他（　　）</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="15">負担額内訳</td><td>区分（診療月）</td><td>保険適用分（自己負担額）</td><td colspan="3">人工授精を始めた時期</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td><td colspan="3">年　月　日～</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td><td colspan="3" rowspan="13">今まで行った人工授精について記入して下さい。
（保険適用分に限る）
第１回　年　月　日領収金額　円
第２回　年　月　日領収金額　円
第３回　年　月　日領収金額　円
第４回　年　月　日領収金額　円
第５回　年　月　日領収金額　円
第６回　年　月　日領収金額　円
第７回　年　月　日領収金額　円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月分</td><td>円</td></tr>
<tr><td>合計</td><td colspan="2">円</td><td colspan="3">円</td></tr>
</table>

注）不妊治療のための治療以外の費用は含めないでください。