

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

一般不妊（人工授精）治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、不妊治療が必要であることを認め、人工授精治療を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

伊達市長

医療機関の名称

及び所在地

主治医氏名

印

受診者	夫	妻
(ふりがな) 氏名	()	()
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
治療日	領収金額	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	

※人工授精に係るもののみご記入ください。次に掲げるものは対象となりません。

- ・人工授精前に受ける検査や薬物治療
- ・代理母や夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療
- ・医療保険等他制度による助成で自己負担が生じない治療
- ・食事療養標準負担額、個室料、文書料等の費用
- ・処方箋によらない医薬品等の費用

※人工授精に至らなかった場合は、対象になりません。