

岩国市人工授精治療費助成事業同意書

岩 国 市 長 様

令和 年 月 日

住所 岩国市

氏 名 (印)

(請求者の自署又は記名押印)

令和 年 月 日の申請における医療機関等証明書被保険者負担額と領収書金額が一致していないことについて、以下のとおり同意します。

☐ 領収書金額が少ない場合

人工授精治療費の領収書のうち、下記に相当する領収書を紛失しています。

☐ 領収書金額が多い場合

提示した領収書のうち、下記の金額については、人工授精治療費助成対象に該当する治療ではありません。

記

受 診 日 令和 年 月 日

金 額 円

医療機関名