

年 月 日

（宛先）
岩国市長 様

人工授精治療費医療機関証明書

（医療機関） 所在地
名称
代表者
電話番号

次のとおり人工授精による不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	生年月日	年 月 日
（ふりがな） 受診者氏名	妻	（ ）	生年月日	年 月 日
貴医療機関における人工授精による不妊治療開始年月日			年 月 日	
治療の医学的必要性（※1）			有 ・ 無	
今回の治療日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日			
保険診療に要した総点数 （※2）	点			
保険診療費被保険者負担 （領収）額	円			
特記事項				

※1 貴医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。

※2 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。