

受診証明書

下記の者については、（一般不妊治療（人工授精）・不育症治療）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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

| | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|---------------|---|---------------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) |
| 今回の治療期間 | | 年 月 日～ | | 年 月 日 |
| 領収金額 | [今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る] 円 | | | |