

様式第2号（第6条関係）

高知市一般不妊治療助成事業医療機関受診等証明書

年 月 日

高知市長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名

下記の者については、妊娠を希望しているにもかかわらず妊娠に至ることができない状態と判断したため、タイミング法又は人工授精による不妊治療を実施し、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。

記

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

☐ 当医療機関は、医療保険が適用されている不妊治療等について保険診療で実施している。				
（フリガナ） 受診者氏名	夫	（ 年 月 日（歳）	妻	（ 年 月 日（歳）
受診者生年月日		年 月 日（歳）		年 月 日（歳）
年度において タイミング法又は 人工授精を行った 期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
第1回	治療内容	1 タイミング法	2 人工授精	
	治療期間	年 月 日 ～	年 月 日	領収金額 円 (院外処方 有 ・ 無)
第2回	治療内容	1 タイミング法	2 人工授精	
	治療期間	年 月 日 ～	年 月 日	領収金額 円 (院外処方 有 ・ 無)
第3回	治療内容	1 タイミング法	2 人工授精	
	治療期間	年 月 日 ～	年 月 日	領収金額 円 (院外処方 有 ・ 無)
妊娠成立の有無		有 ・ 無 ・ 未確認		
備考（治療回数が4回以上ある場合はこちらにご記入ください。）				

※タイミング法又は人工授精を行ったことが前提となります。

高知市記入欄	院外処方領収金額	円
	合計	円