**様式第２号(第６条関係)**

**一般不妊治療費助成事業受診等証明書**

　次の者について、不妊症と診断したため、次のとおり一般不妊治療(人工授精)を実施し、これに係る医療(調剤)費を徴収したことを証明します。

　　年　　月　　日

医療機関の名称

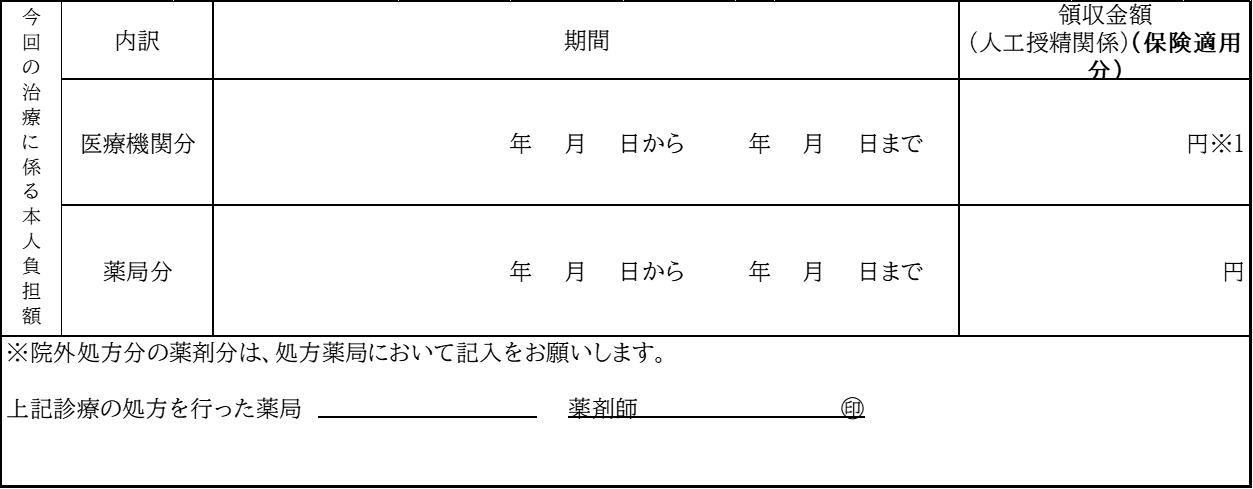
医療機関の所在地

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)



(裏面もご確認ください。)



(注)領収金額は、人工授精にかかる治療費分とし、入院費食事代、文書料等は含みません。