

(様式第2号)

受給者番号				
-------	--	--	--	--

福島市一般不妊（人工授精）治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、不妊治療が必要であることを認め、人工授精治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

福島市長

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名

印

受診者	夫	妻
(ふりがな) 氏名	()	()
生年月日(年齢)	昭和 平成 年 月 日(歳)	昭和 平成 年 月 日(歳)
治療日	領収金額	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	

- ※人工授精に係るもののみご記入ください。
- ※人工授精前に受ける注射や投薬は助成の対象になりません。
- ※人工授精に至らなかった場合は、対象となりません。