様式第２号（第５条関係）

山鹿市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、下記のとおり不妊治療を実施しましたのでこれを証明します。

令和　　年　　月　　日

医 療 機 関 名
医療機関所在地
主 治 医 氏 名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

フリガナ 受診者氏名	夫		妻	
生年月日 （治療開始日年齢）		昭和・平成　　年　　月　　日 （　　歳）		昭和・平成　　年　　月　　日 （　　歳）

治療実施日	治療の内容
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）