

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費〔実費負担分〕を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(主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日( 歳)		昭和 平成 年 月 日( 歳)
人工授精の実施状況	人工授精開始年月日			
	人工授精実施回数			
本人負担額の内訳	区 分	実 費 負 担 額		
		医療機関徴収分(①)	薬局徴収分(②)	
	年 3月分	円	円	
	年 4月分	円	円	
	年 5月分	円	円	
	年 6月分	円	円	
	年 7月分	円	円	
	年 8月分	円	円	
	年 9月分	円	円	
	年10月分	円	円	
	年11月分	円	円	
	年12月分	円	円	
	年 1月分	円	円	
	年 2月分	円	円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕				
領収金額		円(上記実費負担額①～②の合計額となります。)		

- 注1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
- 4 当該年度における人工授精にかかる治療のうち、前年度中に発生した費用がある場合は、人工授精の実施日、助成対象となる治療を行った日及び治療にかかった費用を余白に記載してください。