

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

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日

1 令和4年3月 人工授精実施分

令和4年3月に人工授精を実施した場合のみ助成対象になります。

人工授精の実施状況	開始年月日		
	実施年月日		
	実施回数		
実費負担額の内訳			
治療年月日	医療機関徴収分	治療年月日	薬局徴収分
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
合計(①)	円	合計(②)	円
(備考)			

2 令和4年4月～令和5年2月 人工授精実施分

令和4年3月以前に助成対象となる治療を開始した場合に限り、1回のみ助成対象になります。

人工授精の実施状況	開始年月日		
	実施年月日		
	実施回数	1回	
実費負担額の内訳			
治療年月日	医療機関徴収分	治療年月日	薬局徴収分
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
合計(③)	円	合計(④)	円
(備考)			

3 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①～④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。

注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。

注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。