

(表)

別記様式第2号(第7条関係)

関市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	( )
		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)
受診者生年月日	人工授精開始年月日		年 月 日	
	人工授精実施回数		回	
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(①+②)〕		領収金額		円

- ※ 1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。
- ※ 記入欄の注意事項については、裏面をご参照ください。

(裏)

【 注意事項 】

- 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもの（医療保険各法に基づく給付の対象とならないものに限る。）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（②）」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 対象となる治療は次のとおりです。
  - （1） 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I V等の感染症検査費用
  - （2） 採精（事前採取を含む。）費用
  - （3） 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（人工授精当日に採取することができない場合に限る。）
  - （4） 精子の濃縮、洗浄等に要する費用
  - （5） 排卵誘発のためのH C G注射に要する費用
  - （6） 精子を子宮内に注入するために要する費用
  - （7） 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
- 4 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。