

森町一般不妊治療（人工授精）費等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〔保険適用外分〕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（主治医が御記入ください。）

(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				
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日
人工授精(回)				
本人負担額の内訳	区 分	実費（保険適用外）負担額		
		医療機関徴収分 ①		薬局徴収分 ②
	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
年 3月分	円		円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕				
領収金額		円（上記本人負担額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（保険適用外）に係るもののみ御記入ください。

2 院外処方が有る場合、「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。※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 HIV などの感染症検査費用

② 採精（事前採取も含む。）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（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。）

④ 精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用

⑤ 排卵誘発のための HCG 注射

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、服用する抗生剤等

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。