

荒尾市一般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、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費（保険適用分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名
所在地
主治医氏名

医師の署名（直筆）の場合は押印不要。
署名（直筆）でない場合は名前の横に押印。

※署名又は記名押印

医療機関記入欄

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

本人負担額の内訳	区分	人工授精実施日	保険診療分(徴収金額)	
			医療機関分	院外処方分
	年 月分	月 日	円	円
	年 月分	月 日	円	円
	年 月分	月 日	円	円
	年 月分	全て医療機関が記載	円	円
	年 月分		円	円
	年 月分		円	円
	年 月分		円	円
	年 月分		円	円
	年 月分		円	円
	年 月分		円	円
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
年 月分	円	円		
合計	①	円	② 円	

【今回の治療にかかった金額】	
領収金額	円(上記本人負担額①と②の合計額)

備考

- 1 当該患者に関して行った人工授精治療（保険適用分）に係るもののみ御記入ください。
- 2 院外処方が有る場合、「院外処方分」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、含めないでください。