

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）

区分 年　月分	人工授精実施日 月　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	月　日	円	円
年　月分	月　日	円	円
年　月分	月　日	円	円
年　月分	月　日	円	円
年　月分	月　日	円	円
年　月分	月　日	円	円
年　月分	月　日	円	円
年　月分	月　日	円	円
合計	①	円	②

【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

- 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。
- 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。
- 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。