

粕屋町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

医療機関名：

所在地：

連絡先：

主治医氏名：

次の者については、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。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の申請にかかる治療期間	年 月 日～		年 月 日	
人工授精	回		妊娠判定の結果： + ・ -	
本人負担額内訳	実費負担額（医療保険適用外）			
	医療機関徴収分①		薬局徴収分②	
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	
年 月 分	円		円	
年 月 分	円		円	
【今回の治療にかかった金額合計】				
領収金額：	円		（上記実費負担額①～②の合計額となります）	

※1 当該患者に関して行った人工授精（医療保険適用外）に係るもののみご記入ください。

※2 妊娠判定の結果は、対象期間中1回でも陽性だった場合は+に○をつけてください。

※3 院外処方がある場合、「本人負担額負担額の内訳」欄「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。助成対象となる治療であっても、1回の治療が終了していない場合や、下記の⑥を行っていない場合は助成の対象となりません。

①事前検査として実施する精液の細菌学的検査費用及び採血によるHIV等の感染症検査費用

②採精費（事前採取も含む）

③精液の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（人工授精当日に採精することができない場合に限る）

④精液の濃縮、洗浄等に要する費用

⑤排卵誘発のためのHCG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

⑧その他、⑥を実施するために行った治療に要する費用

※4 入院費、文書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。