

上天草市一般不妊治療受診等証明書

下記の者について、不妊症と診断し、人工授精を実施しましたので、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 名 称

所 在 地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
1年度における人工授精の実施状況（※1）				
1	人工授精年月日 年 月 日	今回の治療にかかった金額（※2） 円		
2	人工授精年月日 年 月 日	今回の治療にかかった金額 円		
3	人工授精年月日 年 月 日	今回の治療にかかった金額 円		
4	人工授精年月日 年 月 日	今回の治療にかかった金額 円		
5	人工授精年月日 年 月 日	今回の治療にかかった金額 円		
6	人工授精年月日 年 月 日	今回の治療にかかった金額 円		
領収金額	治療に掛かった合計金額			円

※1 「1年度における人工授精の実施状況」には、4月から翌年3月分までの診療分を記入してください。

※2 「治療に掛かった金額」には、人工授精（医療保険関係法令に基づく給付の対象とならないものに限る。）に係る自己負担額のみ記入してください。ただし、文書料、個室料等の人工授精に直接関係のない費用は、含めないでください。