

様式第5号（第6条関係）

上天草市一般不妊治療受診等証明書

次の者について、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

㊞

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）				
No	実施年月日	治療にかかった金額（保険診療分）		
		診療点数	本人負担額	
1	人工授精年月日 年 月 日		円	
2	人工授精年月日 年 月 日		円	
3	人工授精年月日 年 月 日		円	
4	人工授精年月日 年 月 日		円	
5	人工授精年月日 年 月 日		円	
		合計	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 「治療要した金額」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るものに限る。）に係る金額を記入してください。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。