

様式第2号(第5条関係)

八代市一般不妊治療(人工授精)費助成金給付受診等証明書

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

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

受診者氏名	夫	ふりがな ()	妻	ふりがな ()
受診者生年月日		昭和 年 月 日 (歳) 平成		昭和 年 月 日 (歳) 平成
	人工授精実施日 ただし、人工授精前に保険適用治療を行った時は、その日とする。	実費(保険適用)負担額		
		医療機関徴収分①	薬局徴収分②	
1	令和 年 月 日	円	円	
2	令和 年 月 日	円	円	
3	令和 年 月 日	円	円	
4	令和 年 月 日	円	円	
5	令和 年 月 日	円	円	
6	令和 年 月 日	円	円	
【今回の治療にかかった金額】(上記本人負担額①, ②の合計額)				
		領収金額	円	

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

2 院外処方が有る場合、「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。

3 文書料、個室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。