

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 |
| | 人工授精のための治療を開始した日 ～終了日 | 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 ～令和 年 月 日 | 円 | 円 | |
| 2 | 令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 | 円 | 円 | |
| 3 | 令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 | 円 | 円 | |
| 4 | 令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 | 円 | 円 | |
| 5 | 令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 | 円 | 円 | |
| 6 | 令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 | 円 | 円 | |
| 【今回の治療に係った金額】(上記本人負担額①②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、男性の不妊検査費、原因疾患の治療費等は除く。