

一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名 ㊞

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名		夫	()	妻	()
受診者生年月日			年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
人工授精の実施状況		人工授精開始年月日		年 月 日	
		人工授精実施回数		回	
本人負担額の 内訳	区 分	実 費 負 担 額			
		医療機関徴収分(①)		薬局徴収分(②)	
	年 3月分	円	円		
	年 4月分	円	円		
	年 5月分	円	円		
	年 6月分	円	円		
	年 7月分	円	円		
	年 8月分	円	円		
	年 9月分	円	円		
	年10月分	円	円		
	年11月分	円	円		
	年12月分	円	円		
	年 1月分	円	円		
	年 2月分	円	円		
〔人工授精にかかった本人負担額〕 領収金額 円(上記実費負担額①～②の合計額となります。)					

※ 1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。ただし、平成27年度は4月から翌年2月までの診療分とします。
※ 記入欄の注意事項については、裏面をご参照ください。

(裏)

【注意事項】

- 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもの（医療保険各法に基づく給付の対象とならないものに限る）のみ、ご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分②」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 対象となる治療は次のとおりです。
 - (1) 事前検査として実施する精子の細菌学検査及びH I V等の感染症検査
 - (2) 採精（事前採取を含む。）
 - (3) 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存（人工授精当日に採精することができない場合に限る。）
 - (4) 精子の濃縮、洗浄等
 - (5) 排卵誘発のためのH C G注射
 - (6) 精子の子宮内への注入
 - (7) 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等の処方
- 4 文書料、個室料、食事代、容器代等の治療に直接関係のない費用は、助成の対象ではないので含めないでください。