

様式第2号（第7条関係）

一般不妊治療（人工授精）受診等証明書  
 （牧之原市一般不妊治療（人工授精）費助成金交付申請用）

この者については、次のとおり一般不妊治療（人工授精）を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を徴収したことを証明します。

平成 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）
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日～		年 月 日	
人工授精（ 回）					
本人負担額の内訳	区 分		実費（保険適用外）負担額		
			医療機関徴収分 ①		薬局徴収分 ②
	平成	年4月分	円		円
	平成	年5月分	円		円
	平成	年6月分	円		円
	平成	年7月分	円		円
	平成	年8月分	円		円
	平成	年9月分	円		円
	平成	年10月分	円		円
	平成	年11月分	円		円
	平成	年12月分	円		円
	平成	年1月分	円		円
	平成	年2月分	円		円
	平成	年3月分	円		円
合 計		円		円	
[今回の治療にかかった金額合計]					
領収金額			円（上記本人負担額①・②の合計額となります。）		

- 注) 1 当該患者に関して行った人工授精（保険適用外）に係るもののみ記入してください。  
 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」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。  
 ※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費用及びHIVなどの感染症検査費用  
 (2) 採精（事前採取も含む。）費用  
 (3) 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。）  
 (4) 精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用  
 (5) 排卵誘発のためのHCG注射  
 (6) 精子を子宮内に注入するために要する費用  
 (7) 人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等  
 3 文書料、個室料その他の治療に直接関係のない費用は含まないでください。