

第2号様式（第6条関係）

焼津市一般不妊治療費補助事業受診等証明書

次の者について、人工授精を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）が次のとおり徴収されていることを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

(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 日から 年 月 日まで		
今回の人工授精実施回数		( ) 回		
実費 (保険適用外) 本人負担額		医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②	
	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	
	年 3 月分	円	円	
今回の治療にかかった合計額（保険適用外診療に限る。）				
①+② 円				

【注意】

- 1 当該患者に関して行った人工授精（保険適用外）に係るもののみ御記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「実費（保険適用外）本人負担額」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。
- 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費用及びH I Vなどの感染症検査費用
  - (2) 採精（事前採取を含む。）費用
  - (3) 精子の事前採取から人工授精治療を実施する日までの凍結保存料（夫の都合により人工授精治療を実施する日に来院できない場合に限る。）
  - (4) 精子の濃縮、洗浄等に要する費用
  - (5) 排卵誘発のためのH C G注射に要する費用
  - (6) 精子を子宮内に注入するために要する費用
  - (7) 感染予防のため、人工授精後において服用する抗生剤等に要する費用
- 4 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、含めないでください