

御船町一般不妊治療医療機関受診等証明書

下記の者については、不妊症と診断したため、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費として次のとおりの金額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

印

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫	( )	妻	( )
		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	本人負担額（保険適用分）			
	医療機関領収分		薬局領収分	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
今回の治療にかかった合計金額 領収金額 円（上記本人負担額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に係る医療費のみ（前後のホルモン投与や初・再診料も含む）ご記入ください。  
 注2 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。  
 注3 院外処方がある場合、薬局の領収書から本人負担額を「薬局領収分」の欄に転記してください。