

一般

呉市一般不妊(人工授精)治療費助成申請に係る証明書

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[本人負担額]を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

受診者	夫	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	妻	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
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)						
・院外処方の有無 (有・無)						
本人負担額の内訳	区分	負担額 (* 保険診療及び保険診療外の本人負担額)				
		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		
[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①②の合計額)				

- 注 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみご記入ください。(※但し、人工授精を行ったことが前提)
- 2 院外処方の有無が「有」の場合、「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。
- 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
- 4 各欄の年は、全て和暦で記入してください。