

郡上市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

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〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

◎医療機関記入欄

ふりがな			
受診者氏名	夫		妻
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日(歳)	昭和 平成 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	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。

【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費用及びHIV等の感染症検査費用
 - (2) 採精費（事前採取も含む。）
 - (3) 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（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、洗浄等に要する費用
 - (5) 排卵誘発のためのHCG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) 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
4. 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。