

年 月 日

宇土市不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書（一般不妊治療）

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

（署名または記名押印）

下記の者について、不妊症と診断し、人工授精を実施しましたので、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

夫	ふりがな 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
妻	ふりがな 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
1年度における人工授精の実施状況（※1）				
区分		人工授精実施日	本人負担額（※2）	
			①医療機関徴収分	②薬局徴収分（※3）
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
徴収金額		治療に要した合計金額 円（上記①、②の合計）		

※1 「1年度における人工授精の実施状況」には、4月から翌年3月分までの診療分を記入してください。

※2 保険適用の対象となる人工授精に係る本人負担額を記入してください。ただし、文書料、入院時の食事療養標準負担額及び個室料等不妊治療に直接関係のない費用は含めないでください。

※3 院外処方がある場合、「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。