

（表）

御嵩町不妊治療費助成事業受診等証明書(一般不妊治療用)

御嵩町長 宛て

次の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費(実費負担分)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 ㊟

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
受診者生年月日		年 月 日(歳)		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	実 費 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		
領収金額		円(上記実費負担額①及び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。

※ 記入欄の注意事項については、裏面をご覧ください。

(裏)

【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、HIV 等の感染症検査
 - (2) 精子の採取（事前採取を含む。）
 - (3) 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存（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
 - (5) 排卵誘発のための HCG 注射
 - (6) 人工授精
 - (7) 人工授精後、感染予防のために行う抗生剤等の服用
- 4 文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は含まないでください。