

輪之内町一般不妊治療(人工授精)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〔実費負担分〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

輪之内町長 様

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(主治医をご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
一般不妊治療の 実施状況	一般不妊治療開始年月日		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	
〔今回の治療にかかった金額合計〕				
領収金額		円(上記実費負担額①～②の合計額となります。)		
治療中断期間	無 ・ 有	有の場合: 年 月 日 ~ 年 月 日		
中断の理由:				

※ 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、裏面をご参照ください。

(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。
5. 治療中断期間は、医師の診断に基づき、やむを得ず一般不妊治療を中断した場合に、「有」としてください。本人の都合による中断は含みません。中断の理由には、病名等のほか、病気に伴う長期加療や入院等、わかるように記載してください。