

記入例

様式第2号 (第7条関係)

熊本市

熊本市一般不妊治療（人工授精）費助成事業受診等証明書

下記の者について、不妊症と診断したため、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫 (くまもと たろう) 熊本 太郎	妻 (くまもと はなこ) 熊本 花子	
受診者生年月日	1985年5月5日 (35歳)	1985年5月8日 (35歳)	
区分	人工授精実施日	実費（保険適用外）負担額	
		①医療機関徴収分	②薬局徴収分
令和2年 4月分	令和2年4月10日	20,000円	円
令和2年 5月分	令和2年5月10日	20,000円	5,000円
令和2年 6月分	令和2年6月10日	20,000円	円
年 月分		円	円
年 月分		円	円
年 月分		円	円
合計領収金額	【今回の治療にかかった金額合計】 一般不妊治療費 領収金額 <u>65,000円</u> (上記①、②の合計額)		

人工授精に要した費用（保険適用外）は全て対象となります。

- ※1) 当該患者に関して行った人工授精（保険適用外）に係るもののみご記入ください。
- ※2) 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。
- ※3) 文書料、個室料、食事代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。