

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

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(又は パートナー)	()	妻(又は パートナー)	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (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	
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	
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 円（上記①、②の合計額）			

※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。