

白川町一般不妊治療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

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)
今年度の治療状況	一般不妊治療開始日		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。)				

※今年度の治療状況とは、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及びHIV等の感染症検査
  - (2) 精子の採取(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(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注射等
  - (6) 人工授精
  - (7) 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等
- 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。