

## 大治町一般不妊治療費補助金交付受診等証明書

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〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

令和 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	( )
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			
	年 4月分			
	年 5月分			
	年 6月分			
	年 7月分			
	年 8月分			
	年 9月分			
	年 10月分			
	年 11月分			
	年 12月分			
	年 1月分			
	年 2月分			
〔今回の治療にかかった金額合計〕				
領収金額		円（上記本人負担額①～②の合計額となります。）		

- 注1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「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、食事療養費標準負担額、個室料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。