

垂井町一般不妊治療(人工授精)助成事業受診等証明書

次の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る本人負担額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
(自署又は記名押印)

印

医療機関記入欄(主治医が御記入ください。)

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	医療機関徴収分		薬局徴収分	
		診療点数(①)	本人負担金額(②)	診療点数(①)	本人負担金額(②)
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
	年 月分	点	円	点	円
[保険診療に要した点数の合計] 点(上記①の合計)			[保険診療分の本人負担(領収)額の合計] 円(上記②の合計)		
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、治療開始日が含まれる診療月からの12か月を指します。令和5年4月以降の診療分が対象です。
※記入欄の注意事項については、裏面を御参照ください。

(裏)

【注意事項】

- 1 当該患者に関して行った一般不妊治療(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るものに限る。)のみ、御記入ください。管理料や初診料、再診料、超音波検査、処方等も治療に関するものであれば対象となります。
- 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」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、個室料等の直接的な治療費でない費用は、含まないでください。
- 4 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、分かるように記載してください。