様式第２号（第６条関係）

一般不妊治療（人工授精）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（保険適用外分）を徴収したことを証明します。

年　月　日

医療機関の所在地及び名称

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） |
| 医療機関における治療開始年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 今回の治療期間 | 　　年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 |
| 人工授精（　　　　　　回 ） |
| 区　　分 | 実費（保険適用外）負担額 |
| 医療機関徴収分　① | 薬局徴収分 ② |
| 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 |
| 年　　３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（保険適用外）に係るもの（次のとおり）のみご記入ください。

① 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びＨＩＶ等の感染症検査費用

② 採精費用（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に要する費用（夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。）

④ 精子の濃縮及び洗浄等に要する費用

⑤ 排卵誘発のためのＨＣＧ注射に要する費用

⑥ 精子を子宮内に注入するために要する費用

⑦ 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等の費用

２　院外処方がある場合は、「本人負担額の内訳」の「薬局徴収分」欄に薬局の領収書の本人負担額を転記し

 てください。

３　文書料及び個室料等の治療に直接関係のない費用は含まないでください。