

第3号様式(第7条関係)

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

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	()	
		昭和 平成 年 月 日 (歳)			昭和 平成 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 院外処方が有る場合、「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はない費用は含まないでください。