

千歳市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、不妊治療（人工授精）を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()		妻	()		
		S・H	年 月 日生(歳)		S・H	年 月 日生(歳)	
人工授精の実施状況		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				実施回数 回	
本人負担額の内訳	区分		実費負担額（保険診療以外の本人負担額）				
			医療機関徴収分①		薬局徴収分②		
	令和 年 月		円		円		
	令和 年 月		円		円		
	令和 年 月		円		円		
	令和 年 月		円		円		
	令和 年 月		円		円		
	令和 年 月		円		円		
	令和 年 月		円		円		
	令和 年 月		円		円		
	令和 年 月		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となります。）				

- 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。（裏面参照）
- 2 院外処方がある場合には、「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、又は薬局が発行する同証明書の添付が必要です。
- 3 文書料、個室等の直接的な治療費以外の費用は含まないでください。

<裏面>

医療機関において、不妊症と診断され医療保険が適用されない人工授精に係る医療費用

- 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 などの感染症検査費用
- ② 採精（事前採取を含む。）費用
- ③ 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料
（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、洗浄等に要する費用
- ⑤ 排卵誘発のためのHCG 注射等の費用
- ⑥ 精子を子宮内に注入するために要する費用
- ⑦ 人工授精後に感染予防のため服用する抗生剤等の費用