

医療実施証明書

年 月 日

臼杵市長

様

名 称

医療機関 所在地

主治医氏名

㊤

下記の者については、不妊治療が必要であり、次のとおり医療保険適用外の人工授精治療（配偶者間の治療）を実施したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
治療方法	人工授精治療 (回)			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし			
治療期間	実費負担額（医療保険適用外の本人負担額）			
	医療機関徴収分 ①		薬局徴収分 ②	
年 月 日～ 年 月 日	円		円	
年 月 日～ 年 月 日	円		円	
年 月 日～ 年 月 日	円		円	
今回の治療にかかった金額合計 ※医療保険適用外に限る				
領収金額 円（上記本人負担額①～②の合計額）				

(注)

- 1 当該患者に関して行った人工授精治療（医療保険適用外）に係るもののみご記入ください。
[対象費用] 当該人工授精治療に係わる一連の費用（検査代や排卵誘発のための注射費用等含む）
- 2 院外処方がある場合は、それらの額のうち、対象となる費用も含めて人工授精治療実施医療機関が証明を行ってください。（「実費負担額」欄の「薬局徴収分」に薬局の領収書から医療保険適用外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。