

高山市人工授精助成金受診等証明書

下記の者については、次のとおり保険診療で人工授精を実施し、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

医療機関等の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関等記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 年 月 日 (歳) 平成		昭和 年 月 日 (歳) 平成
不妊治療の実施状況	人工授精開始年月日		年 月 日	
	人工授精実施回数		回	
医療機関徴収分 本人負担額	年 4月分	円	年 10月分	円
	年 5月分	円	年 11月分	円
	年 6月分	円	年 12月分	円
	年 7月分	円	年 1月分	円
	年 8月分	円	年 2月分	円
	年 9月分	円	年 3月分	円
合 計	保険診療分(医療機関徴収分)の本人負担(領収)額 円			
院外処方の有無	☐ あり ・ ☐ なし			
院外処方を行った日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

※ 1年間とは、4月から翌年3月までの診療分を指します。
※ 記入欄の注意事項については、裏面をご参照ください。

(裏)

【注意事項】

- 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもの（保険診療で行った治療に限る）のみ、ご記入ください。
- 2 院外処方の有無は該当する部分に☑し、院外処方を行った日をご記入ください。
- 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。