

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		()		()	
受診者生年月日	夫	昭和 年 月 日 (歳) 平成	妻	昭和 年 月 日 (歳) 平成	
不妊治療の実施状況	不妊治療開始年月日		年 月 日		
	人工授精実施回数		回		
本人負担額の内訳	区 分	医療機関徴収分		薬局徴収分	
		診療点数	本人負担金額	診療点数	本人負担金額
	年 4月分	点	円	点	円
	年 5月分	点	円	点	円
	年 6月分	点	円	点	円
	年 7月分	点	円	点	円
	年 8月分	点	円	点	円
	年 9月分	点	円	点	円
	年10月分	点	円	点	円
	年11月分	点	円	点	円
	年12月分	点	円	点	円
	年 1月分	点	円	点	円
	年 2月分	点	円	点	円
年 3月分	点	円	点	円	
保険診療に要した総点数		点	保険診療分の本人負担（領収）額		円

※ 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 院外処方がある場合、「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ない費用は含まないでください。