

第2号様式（第6条関係）

一般不妊治療（人工授精）費助成事業受診等証明書（藤枝市一般不妊治療費助成金用）

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（保険適用外分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

㊞

※医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
生年月日		S・H 年 月 ( 歳)		S・H 年 月 日 ( 歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
人工授精	回			
区分	実費（保険適用外）負担額			
	医療機関徴収分①		薬局徴収分②	
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	
年 3月分	円		円	
【今回の治療にかかった金額合計】（上記本人負担額①～②の合計金額）				
領収金額				円

注1 当該患者に関して行った人工授精（保険適用外）に係るもののみご記入ください。

2 院外処方がある場合、「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。

※ 対象となる治療

- 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（事前採精も含む）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（通常、人工授精施行当日に採取するが、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、精子の洗浄等に要する費用
- ⑤ 排卵誘発のためのHCG注射
- 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、感染予防のため、服用する抗生剤等