

須恵町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、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費（実費負担分）を徴収したことを証明します。

令和 3 年 12 月 20 日

医療機関の名称 **須恵レディースクリニック**  
 所在地 **須恵町須恵771-3**  
 連絡先 **092-932-1151**  
 主治医氏名 **須恵 次郎**

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

受診者氏名	夫	<b>すえ たろう</b> <b>須恵 太郎</b>	妻	<b>すえ はなこ</b> <b>須恵 花子</b>
生年月日		<b>昭和53年 1月 1日</b>		<b>昭和53年 2月 2日</b>
今回の申請にかかる治療期間	<b>令和3年 4月 1日 ~ 令和3年 12月 20日</b>			
人工授精	<b>5</b> 回		妊娠判定の結果	<b>+</b>
本人負担額内訳	実費負担額（医療保険適用外）			
	医療機関徴収分 (①)		薬局徴収分 (②)	
令和3年 4月分	<b>2,0000</b> 円		<b>1,500</b> 円	
令和3年 6月分	<b>2,0000</b> 円		<b>1,500</b> 円	
令和3年 7月分	<b>2,0000</b> 円		<b>1,500</b> 円	
令和3年 10月分	<b>2,0000</b> 円		<b>1,500</b> 円	
令和3年 12月分	<b>2,0000</b> 円		<b>1,500</b> 円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
[今回の治療にかかった金額合計]				
<b>領収金額 107,500 円</b> （上記実費負担額①～②の合計額となります。）				

実施した人工授精5回中、1回でも陽性であれば+に○をしてください

- ※1 当該患者に関して行った人工授精（医療保険適用外）に係るもののみご記入ください。
- ※2 妊娠判定の結果は、対象期間中1回でも陽性だった場合は+に丸をつけてください。
- ※3 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄「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。
- ・対象となる治療は次のとおりです。助成対象となる治療であっても、1回の治療が終了していない場合や、下記⑥を行っていない場合は助成の対象となりません。
  - ① 事前検査として実施する精液の細菌学検査費用及び採血によるHIV等の感染症検査費用
  - ② 採精費（事前採取も含む。）
  - ③ 精液の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（人工授精当日に採精することができない場合に限る。）
  - ④ 精液の濃縮、洗浄等に要する費用
  - ⑤ 排卵誘発のためのHCG注射に要する費用
  - 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、感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
  - ⑧ その他、⑥を実施するために行った治療に要する費用
- ※4 入院費、文書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。