

土岐市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、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

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）

（フリガナ） 受診者氏名		（ ）		（ ）		
受診者 生年月日		夫	年 月 日（歳）	妻	年 月 日（歳）	
一般不妊治療の 実施状況		一般不妊治療開始年 月 日		年 月 日		
		人工授精実施回数		回		
本人負担額 の内訳	区分	実費負担額		区分	実費負担額	
		医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②		医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②
	年 3月分	円	円	年 9月分	円	円
	年 4月分	円	円	年 10月分	円	円
	年 5月分	円	円	年 11月分	円	円
	年 6月分	円	円	年 12月分	円	円
	年 7月分	円	円	年 1月分	円	円
年 8月分	円	円	年 2月分	円	円	
今回の治療にかかった合計金額		本人負担額		円 (①+②)		

注1 1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。

- 2 当該患者に関して行った人工授精に係るもの（医療保険各法に基づく給付の対象とならない者に限る。）のみ、ご記入ください。
- 3 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してください。
- 4 対象となる治療は次のとおりです。
 - (1) 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I V等の感染症検査費用
 - (2) 採精費（事前採取も含む。）
 - (3) 精子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) 精子の濃縮、洗浄等に要する費用
 - (5) 排卵誘発のためのH C G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
- 5 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。