

西都市一般不妊治療費助成金交付医療機関証明書

以下の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費等（保険外診療分）を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

印

* 医療機関記入欄（太枠内以外は主治医が記入すること）

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		昭和 平成		年 月 日 (歳)
人工授精の 実施状況	人工授精に関わる治療期間		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 (診療月)		実費負担額 (保険外診療分)	
	年4月分		円	
	年5月分		円	
	年6月分		円	
	年7月分		円	
	年8月分		円	
	年9月分		円	
	年10月分		円	
	年11月分		円	
	年12月分		円	
	年1月分		円	
	年2月分		円	
	年3月分		円	
合計		円		

注1 当該患者に関して行った人工授精に係る費用のみご記入ください。

2 文書料、個室料等の治療に直接的関係のない費用は含まないでください。

3 年度内（4月1日から3月31日）に処方された人工授精の治療のための治療費のみをご記入ください。