

様式第2号（第7条関係）

一般不妊治療（人工授精）受診等証明書

この者については、次のとおり一般不妊治療（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

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（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名		夫	()	妻	()
受診者生年月日			年 月 日 (歳)		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)					
本人負担額の内訳	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	
合 計	円		円		
[今回の治療にかかった金額合計]					
領収金額 円（上記本人負担額①・②の合計額となります。）					

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

※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HIVなどの感染症検査費用
 - (2) 採精（事前採取も含む。）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り。）
 - (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
- 3 文書料、個室料その他の治療に直接関係のない費用は含まないでください。