

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

㊞

奥州市一般不妊治療（人工授精）受診等証明書

次の夫婦は、妊娠のために本医療機関を受診し、一般不妊治療（人工授精）を実施したこと及びこれにかかる医療費を次のとおり領収したことを証明します。

ふりがな				
氏名	夫	妻		
生年月日	年 月 日生（ 歳）		年 月 日生（ 歳）	
この証明にかかる治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			院外処方の有無
				有 ・ 無
No.	年 月	本人負担分領収済額		※市記載欄 院外処方薬局分
		保険適用分	保険適用外分	
1	年 月分	円	円	円
2	年 月分	円	円	円
3	年 月分	円	円	円
4	年 月分	円	円	円
5	年 月分	円	円	円
6	年 月分	円	円	円
7	年 月分	円	円	円
8	年 月分	円	円	円
9	年 月分	円	円	円
10	年 月分	円	円	円
11	年 月分	円	円	円
12	年 月分	円	円	円
小計		① 円	② 円	③ 円

合計（①+②+③）	円	※市記載欄
-----------	---	-------

【記入方法】

- 1 保険適用・保険適用外にかかわらず、人工授精にかかる本人負担額を新しい順に最大12月分まで記入してください。
- 2 対象となる費用は、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
 - (2) 採精（事前採取を含む。）に要する費用
 - (3) 精子の濃縮、洗浄等に要する費用
 - (4) 排卵誘発のためのH C G注射に要する費用

【裏面につづく】

- (5) 精子を子宮内に注入するために要する費用
 - (6) 感染予防のため、人工授精後において服用する抗生剤等に要する費用
- 3 文書料（この証明書に係るものを含みます。）、個室料、入院時食事療養費等の治療に直接関係のない費用は、対象となりません。
- 4 院外処方の有無が「有」の場合、申請者から院外処方薬に係る薬局の領収書を提出してもらいますので、本人負担分領収済額の薬局分への記載は不要です。