

様式第2号（第6条関係）

奥州市一般不妊治療（人工授精）受診等証明書

下記の夫婦は、妊娠のために一般不妊治療（人工授精）が必要であり、人工授精を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

電話番号

主治医氏名

㊞

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		人工授精 回実施	
No.	年月	保険適用外診療医療費の本人負担分領収済額		
		医療機関分		薬局分
1	年 月分	円	円	
2	年 月分	円	円	
3	年 月分	円	円	
4	年 月分	円	円	
5	年 月分	円	円	
6	年 月分	円	円	
7	年 月分	円	円	
8	年 月分	円	円	
9	年 月分	円	円	
10	年 月分	円	円	
11	年 月分	円	円	
12	年 月分	円	円	
小計		① 円	② 円	
総合計		(①+②) 円		

【裏面に記入方法の説明があります】

記入方法

- 1 人工授精にかかる保険適用外の本人負担額を、新しい順に最大12箇月分まで記入してください。
- 2 薬局分の欄には、人工授精にかかる院外処方を行った場合に、薬局発行の領収書から保険適用外の本人負担額を転記してください。
- 3 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等の感染症検査費用
 - (2) 採精（事前採取を含む。）費用
 - (3) 精子の事前採取から人工授精治療を実施する日までの凍結保存料（夫が都合により人工授精治療を実施する日に来院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) 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
- 4 対象とならない費用は次のとおりです。
 - (1) 文書料（この証明書にかかるものを含みます。）、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
 - (2) 妻が43歳に到達した日以後に開始した人工授精に要する費用