

様式第3号(第6条関係)

湖西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、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費（保健適用外分）として次のとおりの金額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  
主治医師名

印

(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	実費（保険適用外）負担額			
	医療機関領収分 ①		薬局領収分 ②	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
[今回の治療にかかった合計金額] 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）に係るもののみご記入ください。
- 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る。）
  - 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、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。