

高鍋町一般不妊治療費助成金給付医療機関証明書

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費等(保険診療分)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)
住 所 電話番号	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	
今回の治療結果	1. 妊娠成立 2. 妊娠に至らず 3. 治療継続中 4. その他() 該当する番号に○を付けてください。			
本人負担額の内訳	区 分(診療月)		実費負担額(保険診療分)	
	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。
注) 2 文書料、個室料等、治療に直接関係のない費用は含みません。