

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

下記の者について、不妊症と診断し、人工授精を実施しましたので、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

(ふりがな)	()	()
受診者氏名	夫	妻
受診者生年月日	昭和 平成	昭和 平成
	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
人工授精に係る治療期間	人工授精実施日	実費負担額
		医療機関徴収分①
		薬局徴収分②
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
【今回の治療にかかった金額】		
領収金額		円 (上記本人負担額①, ②の合計額)

- 注 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみご記入ください。
 2 院外処方が有る場合、「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。
 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。