

甲佐町一般不妊治療（人工授精）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、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関等 所在地
 名称
 氏名 印

	夫		妻			
氏名	フリガナ 氏 名		フリガナ 氏 名			
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）			
区 分	人工授精 実施日	医療機関徴収分①		薬局徴収分②		
		保険合計点	自己負担額	保険合計点	自己負担額	
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
【今回の治療にかかった金額】						
		領収金額		円（上記①と②の合計額）		

- 注1 人工授精（保険適用分）に係るもののみご記入ください。
- 注2 院外処方がある場合、「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。
- 注3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。