

様式第3号（第6条関係）

島田市一般不妊治療受診等証明書

次の者については、一般不妊治療（人工授精）を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を次のとおり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



医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

フリガナ 受診者氏名	夫			妻		
		年 月 日（歳）			年 月 日（歳）	
受診者 生年月日		年 月 日		今回の 治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
治療開始年月日		年 月 日				
人工授精の回数		回				
自己負担額の 内訳	治療実施月	実費（保険適用外）負担額				
		医療機関徴収分①		薬局徴収分②		
	年4月分	円		円		
	年5月分	円		円		
	年6月分	円		円		
	年7月分	円		円		
	年8月分	円		円		
	年9月分	円		円		
	年10月分	円		円		
	年11月分	円		円		
	年12月分	円		円		
	年1月分	円		円		
	年2月分	円		円		
年3月分	円		円			
領収金額	[今回の治療にかかった診療額合計（保険外診療に限る。）] 円					

裏面に本申請に係る注意事項について記載していますので、確認してください。

(注)

- 1 当該患者に関して行った人工授精（保険適用外）に係るもののみ記入してください。
- 2 院外処方がある場合、「自己負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から自己負担額を転記してください。
- 3 対象となる治療は次のとおりです。文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。
 - (1) 精子の細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査費用（事前検査として実施するものに限ります。）
 - (2) 採精（事前採取を含みます。）費用
 - (3) 精子の凍結保存に要する費用（夫の都合により一般不妊治療当日に来院できない場合であって、精子の事前採取から人工授精当日までの期間に係るものに限ります。）
 - (4) 精子の濃縮又は洗浄等に要する費用
 - (5) 排卵誘発のためのHCG注射に要する費用
 - (6) 精子の子宮内への注入に要する費用
 - (7) 人工授精後、感染予防のための抗生剤等の服用に要する費用