

様式第2号

西原村一般不妊治療(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(保険適用外分)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

(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)	昭和 平成 年 月 日 (歳)	
区 分	人工授精実施日	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 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
年 月分		円	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(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、「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まないでください。