

様式第 3 号（第 5 条関係）

和水町一般不妊治療（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（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		年 月 日		年 月 日
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	
【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。