

## 嘉島町一般不妊治療費（人工授精）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

医療機関等 所在地  
 名称  
 氏名

印

|   |         | 夫            | 妻           |
|---|---------|--------------|-------------|
| 氏名  |         | フリガナ<br>氏 名  | フリガナ<br>氏 名 |
| 生年月日  |         | 年 月 日 ( 歳)   | 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  |         |              |             |
| 年 月分  |         |              |             |
| 年 月分  |         |              |             |
| 年 月分  |         |              |             |
| 年 月分  |         |              |             |
| 年 月分  |         |              |             |
| 年 月分  |         |              |             |
| 年 月分  |         |              |             |
| 年 月分  |         |              |             |
| <b>【今回の治療にかかった金額】</b><br>領収金額 <span style="float: right;">円（上記①と②の合計額）</span> |         |              |             |

- 注1 人工授精（保険適用外）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。