様式第３号（第６条関係）

阿蘇市一般不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書

下記の者について、不妊症と診断し、人工授精を実施しましたので、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　　　称

 主治医氏名　　　　　　　　　　　　㊞

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 |  | 妻 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　歳) | 　　年　　月　　日(　　歳) |
| １年度における人工授精の実施状況（※１） |
| １ | 人工授精年月日　　　　　年　　月　　日 | 今回の治療にかかった金額（※２）　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ２ | 人工授精年月日　　　　　年　　月　　日 | 今回の治療にかかった金額　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ３ | 人工授精年月日　　　　　年　　月　　日 | 今回の治療にかかった金額　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ４ | 人工授精年月日　　　　　年　　月　　日 | 今回の治療にかかった金額　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ５ | 人工授精年月日　　　　　年　　月　　日 | 今回の治療にかかった金額　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ６ | 人工授精年月日　　　　　年　　月　　日 | 今回の治療にかかった金額　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 領収金額 | 　　　　治療にかかった合計金額　　　　　　　　　　 円 |

※１ 「1年度における人工授精の状況」には、4月から翌年３月分までの診療分を記入してください。

※２ 「治療に掛かった金額」には、人工授精（医療保険関係法令に基づく給付の対象とならないものに限る。）に係る本人負担額のみ記入してください。ただし、文書料、個室料等の人工授精に直接関係のない費用は、含めないでください。