

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。