

様式第2号その1（第6条関係）

阿蘇市一般不妊治療費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（自己負担額）を次のとおり証明します。

年 月 日

医療機関所在地
名称
主治医氏名

印

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 (パートナー)		妻 (パートナー)	
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、人工授精に係る本人負担額を記入してください。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。