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。

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（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（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。