

年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
主治医氏名 印

一般不妊治療（人工授精）に係る医療費証明書
下記のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費について証明します。

記

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者 生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
区分	人工授精実施日	自己負担額		
		医療機関分①	薬局分②	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
年 月分		円	円	
【本人が負担した金額】				
金額		円（上記本人負担額の①、②の合計額）		

備考

- 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみ御記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「薬局分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。