

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。