

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

医療機関の所在地
 医療機関の名称
 主治医氏名 ㊞

一般不妊治療（人工授精）に係る医療費（保険適用外分）証明書

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を徴収したことを証明します。

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)
区分	人工授精実施日	実費（保険適用外）負担額		
		医療機関徴収分①	薬局徴収分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	
【今回の治療に要した金額】				
領収金額		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（保険適用外分）に係るもののみ御記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「薬局徴収分」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。