

医療機関の所在地  
 医療機関の名称  
 主治医氏名 ⑩

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

記

(ふりがな) 受診者氏名		( )		( )
受診者 生年月日	夫	年 月 日 ( 歳)	妻	年 月 日 ( 歳)
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	
<b>【本人が負担した金額】</b>				
		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。