

様式第2号（第5条関係）

美里町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

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

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者 生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
治療開始日	年 月 日			
区 分	人工授精実施日	自己負担額		
		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	
【今回の治療にかかった金額】				
領収金額		円 (上記自己負担額①、②の合計額)		

注 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみご記入ください。
2 院外処方がある場合、「薬局徴収分」へ薬局の領収書から自己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。