

様式第2号（第6条関係）

津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金医療機関証明書

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

年 月 日

医療機関 名 称  
所 在 地

主治医氏名 (印)

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
生年月日		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)
人工授精の 実施状況	人工授精に関わる治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
	※医師の診断等により治療を中断した場合に記入してください。 (治療中断期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 (事由)			
	人工授精実施回数		回	
今回の治療結果	1. 妊娠成立 2. 妊娠に至らず 3. 治療継続中 4. その他 ( ) 該当する番号に○を付けてください。			
本人負担額の内訳	区分	人工授精年月日	実費（保険適用外）負担金	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	合計金額			円

※ 1 当該患者に関して行った人工授精（医療保険関係法令に基づく給付の対象とならないものに限る。）に係る自己負担額のみ記入してください。ただし、文書料、個室料等の人工授精に直接関係のない費用は含めないでください。