

様式第2号（第6条関係）

津奈木町一般不妊治療医療機関証明書

年 月 日

医療機関 名 称
所 在 地

主治医氏名

印

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(保険診療分)を徴収したことを証明します。

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(保険適用分)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るものに限る。)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。