

(表)

様式第3号 (第5条関係)

天草市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

天草市長 様

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

㊞

電話番号

下記の者について、不妊症と診断し、人工授精を実施しましたので、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

記

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者 生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
1年度における人工授精の実施状況 (※1)				
本人負担額の 内訳	区分	保険診療分		
		診療点数	本人負担金額	
	人工授精年月日 年 月 日			
	人工授精年月日 年 月 日			
	人工授精年月日 年 月 日			
	人工授精年月日 年 月 日			
	人工授精年月日 年 月 日			
領収金額	今回の治療にかかった合計金額			円
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 未確認 (薬局の場合は記入不要)			

(裏)

注意事項

- ※1 「1年度における人工授精の実施状況」には、3月から翌年2月分までの診療分を記入ください。
- ※2 「今回の治療にかかった金額」には、人工授精（医療保険法各法に基づく保険適用となるもの）に係る本人負担額をのみ記入ください。文書料、個室料等の人工授精に直接関係のない費用は含まないでください。
- ※3 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。

—