

豊橋市一般不妊治療費補助金受診等証明書

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〔保険適用外分〕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

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		昭 和 平 成 年 月 日 ( 歳)		昭 和 平 成 年 月 日 ( 歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
人工授精 ( 回)				
区 分	実費（保険適用外）負担額			
	医療機関徴収分 ①		薬局徴収分 ②	
年 3月分	円		円	
年 4月分	円		円	
年 5月分	円		円	
年 6月分	円		円	
年 7月分	円		円	
年 8月分	円		円	
年 9月分	円		円	
年10月分	円		円	
年11月分	円		円	
年12月分	円		円	
年 1月分	円		円	
年 2月分	円		円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕				
領収金額		円（上記本人負担額①～②の合計額となります。）		

- 注1 当該患者に関して行った人工授精（保険適用外）に係るもののみご記入ください。  
 2 院外処方が有る場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」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まないでください。