

都城市一般不妊治療医療費等助成金交付医療機関証明書

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

※署名を行う場合は、押印は不要です。

※医療機関記入欄（太枠内以外は主治医が記入すること）

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		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（診療月）		本人負担額	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
合計		円		

注 1 当該患者に関して行った人工授精に係る費用のみ御記入ください。

2 文書料、個室料等の治療に直接的関係のない費用は含めないでください。