

# 人工授精助成事業受診証明書

年 月 日

指定医療機関の住所  
 名称  
 主治医氏名  
 （署名又は記名押印）

印

次の者について、人工授精による不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者 氏名	夫	( )	妻	( )
生年月日 (和暦)		年 月 日		年 月 日

治療日の妻の年齢が <b>35歳未満</b> に行った治療については下記に御記入ください。		治療日の妻の年齢が <b>35歳以上</b> に行った治療については下記に御記入ください。	
治療日 (和暦)	人工授精にかかる保険外診療分の 領収金額	治療日 (和暦)	人工授精にかかる保険外診療分の 領収金額
年 月 日	円 (内対象外経費 )	年 月 日	円 (内対象外経費 円)
年 月 日	円 (内対象外経費 )	年 月 日	円 (内対象外経費 円)
年 月 日	円 (内対象外経費 )	年 月 日	円 (内対象外経費 円)
年 月 日	円 (内対象外経費 )	年 月 日	円 (内対象外経費 円)
年 月 日	円 (内対象外経費 )	年 月 日	円 (内対象外経費 円)
年 月 日	円 (内対象外経費 )	年 月 日	円 (内対象外経費 円)
年 月 日	円 (内対象外経費 )	年 月 日	円 (内対象外経費 円)
年 月 日	円 (内対象外経費 )	年 月 日	円 (内対象外経費 円)
計	(イ) 円 (ロ) (内対象外経費 円)	計	(ハ) 円 (ニ) (内対象外経費 円)
算定基準額 (ホ)	(イ) - (ロ) 円	算定基準額 (ヘ)	(ハ) - (ニ) 円
交付申請額 ( (ホ) × 7/10 )	(A) 円	交付申請額 ( (ヘ) × 1/2 )	(B) 円
交付申請額合計 (申請書記載額) (A)+(B)		円	

医療機関が記載してください

保健所記載欄

※特定不妊治療を行った場合は、別途、様式第2号（特定不妊治療受診証明書）に記載してください。 ※小数点以下切捨て  
 ※対象外経費欄には、助成対象外の経費（入院費・食事代・精子の凍結や管理に関する費用等）について記載してください。