

福岡市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

記載例

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（実費負担分）を徴収したことを証明します。

平成30年12月20日

医療機関の名称 福岡市役所レディースクリニック
所在地 福岡市中央区天神1-8-1
連絡先 092-123-4567
主治医氏名 博多 一郎



訂正する場合は、訂正か所に二重線を引き、こちらの印で訂正印を押し印してください。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

Table with columns for patient name (福岡太郎), spouse name (福岡花子), dates (昭和54年1月1日, 昭和54年2月2日), treatment period (平成30年5月10日 ~ 平成30年12月20日), number of treatments (5回), pregnancy result (+), and a detailed breakdown of medical fees (実費負担額) by month from May to December 2018, totaling 107,500 yen.

実施した人工授精5回中1回でも陽性であれば、+にOをしてください。

- ※1 当該患者に関して行った人工授精（医療保険適用外）に係るもののみご記入ください。
※2 妊娠判定の結果は、対象期間中1回でも陽性だった場合は+に丸をつけてください。
※3 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄「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。

・対象となる治療は次のとおりです。助成対象となる治療であっても、1回の治療が終了していない場合や、下記⑥を行っていない場合は助成の対象となりません。

- ① 事前検査として実施する精液の細菌学検査費用及び採血によるHIV等の感染症検査費用
② 採精費（事前採取も含む。）
③ 精液の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（人工授精当日に採精することができない場合に限る。）
④ 精液の濃縮、洗浄等に要する費用
⑤ 排卵誘発のためのHCG注射に要する費用
⑥ 精子を子宮内に注入するために要する費用
⑦ 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
⑧ その他、⑥を実施するために行った治療に要する費用

※4 入院費、文書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。