

福岡市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

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（実費負担分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

印

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	
生年月日	年 月 日	年 月 日	
今回の申請にかかる治療期間	年 月 日 ~		年 月 日
人工授精	回	妊娠判定の結果	十 ・ 一
本人負担額内訳	実費負担額（医療保険適用外）		
	医療機関徴収分（①）		薬局徴収分（②）
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
[今回の治療にかかった金額合計]			
領収金額		円（上記実費負担額①～②の合計額となります。）	

- ※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H I V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り。）
 - ④ 精液の濃縮、洗浄等に要する費用
 - ⑤ 排卵誘発のためのH C G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。