

様式第4号（第6条関係）

人工授精受診等証明書

次の者については、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（主治医が御記入ください。）

(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)
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)					
内 訳	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 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	
年 3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。

※対象となる治療は次のとおりです

①事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査費用

②採精（事前採取も含む。）費用

③精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。）

④精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用

⑤排卵誘発のためのHCG注射

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、服用する抗生剤等

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。