

篠栗町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

篠栗町長 様

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

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			
生年月日	年 月 日		年 月 日		
住 所					
一般不妊治療に 係る治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
人工授精	回	妊娠判定結果	+・-		
本人実費負担額（医療保険適用外）領収額内訳					
該当月分	医療機関徴収分	薬局徴収分	該当月分	医療機関徴収分	薬局徴収分
年 月	円	円	年 月	円	円
年 月	円	円	年 月	円	円
年 月	円	円	年 月	円	円
年 月	円	円	年 月	円	円
年 月	円	円	年 月	円	円
年 月	円	円	年 月	円	円
今回の治療に係る本人実費負担額（医療保険適用外）領収金額					
医療機関徴収分計 _____ 円 薬 局 徴 収 分 計 _____ 円					
合計 _____ 円					

- ※1 当該患者に関して行った一般不妊治療（医療保険適用外）に係る費用（助成の対象となる一般不妊治療費については、裏面に掲載）のみ御記入ください。
- ※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○を付けてください。
- ※3 院外処方がある場合、「薬局徴収分」に薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- ※4 入院費、食事代、交通費等治療に直接関係のない費用は、含まないでください。

助成の対象となる一般不妊治療費

助成の対象となる一般不妊治療費は、次のとおりです。ただし、助成の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及び人工授精を実施していない場合は、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（事前採取を含む。）
- 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