

豊田市一般不妊治療費補助事業受診等証明書

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〔保険外診療分〕を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

\* 医療機関記入欄（太枠の中以外は、主治医が記入してください。）

Table with columns for patient name, date of birth, medical institution, and a detailed breakdown of out-of-pocket expenses by month from March to February.

注1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみ御記入ください。

対象となる治療範囲は下記の①～⑦です。（ただし、保険診療外分に限りません。）

- ①事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I V等の感染症検査費用
②採精（事前採取を含む。）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人工授精後の感染予防のために服用する抗生剤等に要する費用

2 院外処方がある場合、「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。

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。