

様式第2号(第5条関係)

菊池市一般不妊治療(人工授精)費補助事業医療機関支払証明書

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(自己負担分)を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

記

(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)	
区分	人工授精実施日	自己負担額				
		医療機関徴収分①				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
年 月 分		円				
【今回の治療にかかった金額】						
領収金額	円 (上記本人負担額①の合計額)					

注 1 当該患者に関して行った人工授精(自己負担分)に係るもののみご記入ください。

2 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。