

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)	夫	()	妻	()
受診者氏名				
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		
【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。