

甲府市一般不妊治療（人工授精）費助成受診等証明書

（あて先） 甲 府 市 長

次の者について人工授精を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名

主 治 医 氏 名

※主治医氏名を手書きしない場合は、記名押印してください。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）			
ふりがな 受診者氏名	夫		妻
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）	
人工授精費用内訳（※1回目の治療開始から1年以内に終了したものに限り。）			
人工授精 1回目	治療期間※1	年 月 日 ～ 年 月 日	
	領収金額※2		円
人工授精 2回目	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	領収金額		円
人工授精 3回目	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	領収金額		円
人工授精 4回目	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	領収金額		円
人工授精 5回目	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	領収金額		円
人工授精 6回目	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	領収金額		円
領 収 金 額 合 計	円（保険適用外のみ）		
妊 娠 成 立 の 有 無	有 ・ 無		

※1) 治療期間については、人工授精1回毎の治療開始日から治療終了日までを記載してください。

※2) 入院室料、室料差額、文書料、食事療養費等の直接治療に関わらない費用を除きます。

院外処方がある場合は、薬局の領収書を参考に、「領収金額」に加算してください。

【 ※ 裏 面 も ご 覧 く だ さ い 】

●対象となる治療は次のとおりです。

助成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や、下記⑥を行っ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（事前採取も含む。）
- 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HCG注射等に要する費用
- 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
- ⑧ その他、⑥を実施するために行った治療に要する費用