

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費【本人負担額】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



医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

受診者氏名	夫		生年月日	年 月 日
	妻		生年月日	年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日	
今回の治療期間		年 月 日 ~	年 月 日	
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。				
<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査(回)		<input type="checkbox"/> 精液検査 (回)		
<input type="checkbox"/> タイミング療法 (回)		<input type="checkbox"/> 精巣検査 (回)		
<input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回)		<input type="checkbox"/> 人工授精 (回)		
<input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法)		<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 生殖補助医療(保険適用) ()				
・院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し)				
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外の本人負担額②
	医療費総額	本人負担額①		
	年 3月分			
	年 4月分			
	年 5月分			
	年 6月分			
	年 7月分			
	年 8月分			
	年 9月分			
	年10月分			
	年11月分			
	年12月分			
	年 1月分			
年 2月分				
【今回の治療にかかった金額合計】				
領収金額 _____ 円				
(上記本人負担額①～③の合計額となります。)				

注1 当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみ御記入ください。
 2 □は該当項目をチェックしてください。
 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「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。
 4 文書料、食事療養費標準負担額、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。