

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（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（		）			
・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	本人負担額③
	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。