

次の者については、次のとおり不妊治療等を実施し、これに係る保険適用分の医療（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（又は薬局）の名称及び所在地

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

主治医氏名

印

ふりがな				生年月日（夫）				生年月日（妻）	
受診者氏名		夫		年 月 日		妻		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 日から		年 月 日まで	
○当該患者が今回行った不妊治療について、該当箇所に✓を記入してください。（保険適用外の治療は補助対象外）									
【一般不妊治療】 ☐ 人工授精（ 回） ☐ 不妊症スクリーニング検査 ☐ 精液検査 ☐ タイミング療法 ☐ 精巣生検 ☐ 排卵誘発法（ 回） ☐ 手術療法（手術方法： ） ☐ その他（ ）						【特定不妊治療（生殖補助医療）】 ☐ 体外受精（胚移植の回数： 回） ☐ 顕微授精（胚移植の回数： 回） ☐ その他（ ）			
・ 院外処方の有無（ ☐ 有り・ ☐ 無し）									
本人負担額の内訳	区 分	一般不妊治療（不妊検査から人工授精まで）				特定不妊治療（体外受精、顕微授精等）			
		医療機関徴収分		薬局徴収分		医療機関徴収分		薬局徴収分	
		医療費総額	本人負担額①	医療費総額	本人負担額②	医療費総額	本人負担額③	医療費総額	本人負担額④
	年 3月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 4月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円	円	円	円	円
年 2月分	円	円	円	円	円	円	円	円	
		①小計 円		②小計 円		③小計 円		④小計 円	
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①～④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に係るものについて、区分ごとに御記入ください。☐ は該当項目をチェックしてください。
2 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。
3 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や、保険適用外の治療費は、含まないでください。