

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



ふりがな	夫	生年月日（夫）			妻	生年月日（妻）		
受診者氏名		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、該当箇所にて✓を記入してください。（保険適用外の治療は補助対象外）

<p>【一般不妊治療】</p> <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法：) <input type="checkbox"/> その他（)	<p>【生殖補助医療】</p> <input type="checkbox"/> 体外受精（胚移植の回数： 回） <input type="checkbox"/> 顕微授精（胚移植の回数： 回） <input type="checkbox"/> 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）				生殖補助医療（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	円
年 4月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 5月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 6月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 7月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 8月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 9月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年10月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年11月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年12月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 1月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 2月分	円	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。