

### 一般不妊・不育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・不育治療(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

印

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )		
		受診者生年月日		<small>昭和三十九年</small> 年 月 日( 歳)	<small>昭和三十九年</small> 年 月 日( 歳)	
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 <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"/> 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	本人負担額④	
		医療費総額	本人負担額①	保険診療分		本人負担額③
				保険診療以外の本人負担額②		
	年 4月分	円	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円	円
年 2月分	円	円	円	円	円	
年 3月分	円	円	円	円	円	
[今回の治療にかかった金額合計]						
領収金額 _____ 円(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(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみご記入ください。  
 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。