

一般不妊治療費補助事業受診等証明書

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。

令和 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		年 月 日 (歳)		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"/> 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"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <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		本人負担額	
		医療費総額	①	②	③	④	⑤
	本人負担額		人工授精 ※注5	②以外の 不妊治療	人工授精 ※注5	④以外の 不妊治療	
	年3月分	円	円	円	円	円	
	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		
計	円	円	円	円	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①～⑤の合計額となります。）					

注1 当該患者に関して行った一般不妊治療（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。

5 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。）、採精・精子の濃縮・精子の洗浄等に要する費用、排卵誘発のためのHCG注射、精子を子宮内に注入するために要する費用、人工授精後の感染予防のために服用する抗生剤等を対象とします。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

