

## 一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(あて先)

様

医療機関等

住所

名称

代表者

印

電話番号

下記のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな)		男・女	生年月日	年	月	日		
受診者氏名								
貴医療機関における不妊治療開始年月日								
年 月 日 ~								
今回の証明に係る診療期間			年 月 日 ~ 年 月 日					
保険診療に要した総点数		点	保険診療分の本人負担(領収)金額		円			
保険診療以外の不妊治療に係る本人負担(領収)金額 (ただし、体外受精・顕微授精を除く)					円			
本人負担額の内訳	区分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金額	区分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金額
		診療点数	本人負担金額			診療点数	本人負担金額	
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談)							
	<input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射)							
	<input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術( )							
	<input type="checkbox"/> 人工授精							
	<input type="checkbox"/> 検査( )							
<input type="checkbox"/> その他( )								
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り		<input type="checkbox"/> 無し				

- 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。
- 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。  
(薬局が発行する同証明書の添付が必要です)