

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

所 在 地

医療機関名

医師又は代表者名

印

次のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

受 診 者	フリガナ		生年月日		
	氏 名		年 月 日 (歳)		
配 偶 者	フリガナ		生年月日		
	氏 名		年 月 日 (歳)		
年度の治療期間		年 月 日～ 年 月 日			
区 分	☐ 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		
	☐ 排卵誘発剤 (回)		☐ 人工授精 (回)		
	☐ 手術療法 (手術法)				
	☐ その他 ()				
院外処方の有無		☐ あり ☐ なし			
本 人 負 担 額 の 内 訳	支払年月	医療機関徴収分		薬局徴収分	
		保 険 診 療 分		②保険診療以外 の本人負担額	③本人負担額 (薬局 の領収書から転記)
		医療費総額	①本人負担額		
	年4月分				
	5月分				
	6月分				
	7月分				
	8月分				
	9月分				
	10月分				
	11月分				
	12月分				
	年1月分				
	2月分				
	3月分				
本人負担額 (①+②+③) の合計 円					

備考

- 1 本人負担額について、出産（流産及び死産を含む。）に係る費用、入院料、食事療養標準負担額、個室料、証明書、診断書等に係る文書料その他生殖補助医療に直接関係のない費用は含めないでください。
- 2 夫婦以外の第三者から精子、卵子又は胚の提供を受けて行うもの並びに第三者が妻に代わって妊娠及び出産するものは対象外です。