

不妊治療費等助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

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

※必ず、【注意事項】を確認の上、主治医が記入してください。

フリガナ			
受診者氏名	夫		妻
受診者生年月日	年 月 日		年 月 日
検査開始日 (※1)	(夫婦ともに検査を受けている場合は、どちらか早い日を記載してください。 年 月 日 ※左記検査開始日の妻の年齢( 歳)		
検査内容 (※1)	<input type="checkbox"/> 基礎体温 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> その他{ }		
治療内容	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> その他{ }		

患者負担額（領収金額）内訳(※2)

受診年月日	(I)不妊検査(※1)に係る費用			(II)不妊治療に係る費用(※3)		
	保険診療分	保険診療以外	計	保険診療分	保険診療以外	計
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
計	円…(A)			円…(B)		
合計(A)+(B)	金 円					

【注意事項】

- ※1：不妊症の診断のために行った検査についてのみ記入してください。検査開始日以前に不妊治療を受けたことがある場合は助成の対象外です。
- ※2：受診年月日ごとに夫婦の合算額を記入してください。検査開始日から合計が5万円に達する日まで全て記入してください。食事療養費、差額ベッド代及び文書料は、助成の対象外です。
- ※3：不妊治療を行うための検査は、「(II)不妊治療に係る費用」欄に記入してください。胚凍結保存維持管理料は、助成の対象外です。

※院外処方があった場合のみ記入してください。

処方箋記入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------