

## 一般不妊治療費補助金受診等証明書

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  
(又は薬局) 主治医氏名  
(又は薬剤師)

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠内のみご記入ください。）

(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ください。

不妊症スクリーニング検査 精液検査タイミング療法 精巣検査排卵誘発法 ( 回) 人工授精 ( 回) 人工授精開始日 ( 年 月 日)手術療法 (手術方法 )その他 ( )・院外処方の有無 (  有り ・  無し )

区分	保険診療分	
	医療(又は調剤)費総額	本人負担額
年 3月分	円	円
年 4月分	円	円
年 5月分	円	円
年 6月分	円	円
年 7月分	円	円
年 8月分	円	円
年 9月分	円	円
年 10月分	円	円
年 11月分	円	円
年 12月分	円	円
年 1月分	円	円
年 2月分	円	円
計	円	円

〔今回の治療にかかった合計金額〕

領収金額 円 (上記本人負担額の合計額となります。)

※ 薬局のみご記入ください。

処方依頼のあった医療機関名

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。

注2 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。

注3 は該当項目をチェックしてください。