

年 月 日

医療機関等
住所
名称
代表者
電話番号

印

(ふりがな) 受診者氏名				男・女	生年月日	年 月 日
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		
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		
		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		
	合計		点	円	円	
不妊治療の内容	☐ タイミング療法（不妊相談） ☐ 体外受精 ☐ 薬物療法（内服・注射） ☐ 顕微授精 ☐ 腹腔（子宮）鏡手術 ☐ その他の手術（男性不妊の手術を含む） ☐ 人工授精（ ） ☐ 検査（ ） ☐ その他（ ）					
	院外処方の有無		☐ 有り ☐ 無し			

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 文書料、食事療養費標準負担額、個室料、凍結保存維持管理料等の治療に直接関係ない費用は含めないでください。
- 3 一年度中（4月1日から翌年3月31日）までに本人が負担した不妊治療費について助成を受けることができます。なお、年度の途中でも申請できます。
- 4 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）