

一般不妊治療受診等証明書

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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名 印

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
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下さい。 ☐ 不妊症スクリーニング検査 ☐ 精液検査 ☐ タイミング療法 ☐ 精巣生検 ☐ 排卵誘発法(回) ☐ 人工授精(回) ☐ 手術療法(手術方法) ☐ その他()				
・院外処方の有無(□有り・□無し)				
本人負担額の 内訳	区 分	医療機関徴収分	薬局徴収分	
		本人負担額①	本人負担額②	
	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	
	年 3月分	円	円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕 領収金額 円(上記本人負担額①②の合計額となります。)				

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。

2 □は該当項目をチェックしてください。

3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

4 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。

5 証明書は4月から翌年3月までの診療分についてご記入ください。