

生殖補助医療受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、次のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

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)
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			
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(裏面(注)参照)に ○を付けてください		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)	
・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 証明書は今回の治療期間の診療分についてご記入ください。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどがたらず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

(注)採卵に至らないケース（女性へ侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。