

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  
 （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    排卵誘発法（ 回）  
タイミング療法    精巣生検    手術療法（手術方法 ）  
人工授精（ 回）人工授精開始年月日（ 年 月 日）  
その他（ ）

・院外処方の有無（  有 ・  無 ）

本人負担額の 内訳	区 分	保 険 診 療 分		保 険 外 診 療 分 本 人 負 担 額	
		医療(又は調剤)費総額	本人負担額	人工授精	人工授精以外
	年 3月分	円	円	円	円
	年 4月分	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円
	年 2月分	円	円	円	円
	合 計	円	円	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。  
 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。  
 3 は該当項目をチェックしてください。