

一般不妊治療受診等証明書

以下の者については、次のとおり一般不妊治療又はその調剤を実施し、これに係る医療費・調剤費〔実費（保険適用外）負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関又は薬局の名称及び所在地
主治医又は薬剤師氏名

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	（ ）	
		年 月 日（ 歳）			年 月 日（ 歳）	
受診者生年月日		年 月 日			年 月 日	
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		
○当該受診者が受けた不妊治療について記載してください。						
・院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）						
本人負担額の 内訳	区 分	実費（保険適用外）負担額				
		医療機関徴収分		薬局徴収分		
	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		
合 計	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。						
処方依頼があった医療機関名 _____						

注1 当該受診者に関して行った**保険適用外**の**一般不妊治療**（体外受精や顕微授精などの生殖補助医療を除く。）に係るもののみご記入ください。

2 文書料、食事代、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。