

不妊治療費医療機関受診証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（又は調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関等
所在地
名称
代表者氏名
電話番号

印

(ふりがな)	()	()		
受診者氏名	夫	妻		
受診者 生年月日	年 月 日	年 月 日		
当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する□の中にレ印を付してください。				
<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法) <input type="checkbox"/> その他 ()				
・院外処方箋の有無 (・ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)				
・本人負担額について限度額適用の有無 (・ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)				
本人負担額の内訳	区分	医療機関領収分	薬局領収分	
		保険診療分	保険診療以外の	
		医療費総額	本人負担額 ②	
		本人負担額 ①	本人負担額③	
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	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①~③の合計額)		

備考

- (1) 当該者に係る全ての不妊治療（体外受精及び顕微授精を含む。）をご記入ください。
- (2) 院外処方の有無が「有」の場合、「薬局領収分」の「本人負担額」欄にご記入ください。
- (3) 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、含めないでください。