

不妊治療費助成事業受診証明書

下記の者は、次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
名称
主治医氏名

印

受診者氏名		男 女	生年 月日	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
生殖補助医療の治療の場合今回の治療開始年月日	年 月 日			
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 融解胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療（ ）	<input type="checkbox"/> 検査（ ） <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
【今回の治療内容（特記事項があれば記入してください。）】				
妊娠反応	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
院外処方	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	限度額適用認定証の確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
本人負担額の内訳	対象診療年月	保険診療分		保険診療以外の本人負担額
		保険診療点数	左記の本人負担額	
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
合計	点	円	円	

注1 当該受診者に関して行った不妊治療に係るもののみ記入してください。

注2 □は当該項目にチェックしてください。

注3 診療月ごとに額を記入してください。

注4 入院時の食事代は助成の対象となりません。

注5 保険診療以外の本人負担額は、下記の理由に該当する場合のみ助成の対象となります。下記の理由により発生した金額のみ記載してください。

【保険診療とならない理由】

①保険診療の回数制限に達したため

②体外受精及び顕微授精の治療で治療開始日が令和4年3月31日以前で令和4年4月1日から令和5年3月31日までに治療が終了したため（②については、旧の様式に記載しても可）