

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
妊娠反応	☐ 有 ☐ 無	院外処方	☐ 有 ☐ 無	
限度額適用	☐ 有 ☐ 無	先進医療の実施	☐ 有 ☐ 無	

☐ 一般不妊治療	今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	今回の治療方法	☐ 検査（ ） ☐ 人工授精 ☐ タイミング療法 ☐ 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。）】

本人負担額の内訳	診療年月	保険診療分		診療年月	保険診療分	
		診療点数	本人負担額		診療点数	本人負担額
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
本人負担額の合計					点	円

☐ 特定不妊治療	今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	今回の治療方法（該当する記号に○をつけてください） A 新鮮胚移植を実施 B 凍結胚移植を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合） C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施 D 体調不良等により移植のめどが立たず終了 E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等により中止 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（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。	

【今回の治療内容（特記事項があれば記入してください。）】

本人負担額の内訳	診療年月	保険診療分		保険診療以外の の本人負担額 (回数制限によるもの)	診療年月	保険診療分		保険診療以外の の本人負担額 (回数制限によるもの)
		診療点数	本人負担額			診療点数	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	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
本人負担額の合計						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。
2 □は当該項目にチェックしてください。
3 一般不妊治療及び特定不妊治療についてそれぞれの診療月ごとに額を記入してください。
4 胚凍結保存維持管理料は含みません。また入院時の食事代等不妊治療に直接関係のない費用は助成の対象となりません。
5 保険診療以外の本人負担額は、保険診療の回数制限に達した場合のみ記入してください。