

※医療機関記入欄（太枠内を主治医が記入してください。）

下記の者については、次のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。 年 月 日 医療機関の所在地及び名称							
					主治医氏名	㊟	
ふりがな	夫				妻		
受診者氏名							
受診者生年月日		年 月 日生				年 月 日生	
治療開始年月日		年 月 日					
今回の治療期間		年 月 日から 年 月 日まで					
※上記患者が今回受けた不妊治療について、該当する箇所に記入してください。							
<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"/> 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"/> 人工受精（ 回）							
<input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法）							
<input type="checkbox"/> その他（）							
・院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）							
本人負担額の 内訳	利用年月	医療機関徴収分			薬局徴収分		
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担額	本人負担額		
		医療費総額	本人負担額				
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
	合計	円	① 円	② 円	③ 円		
上記の薬局徴収分欄のとおり一般不妊治療の調剤を実施し、これに係る調剤費（本人負担額）を徴収したことを証明します。 年 月 日 薬局の所在地及び名称							
㊟							

- (注) 1 当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微鏡授精を除く。）に係るもののみ、記入してください。  
 2 該当項目の□にチェックしてください。  
 3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接治療費に関係のない費用は、含めないでください。

市記入欄	今回の治療にかかった合計金額 円（上記本人負担額の合計①+②+③）
------	--------------------------------------