

様式第2号（第7条関係）

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

次の者については、不妊治療を行わなければ妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

証明医療機関 所在地  
名称  
主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )	
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
今回の治療方法	1 タイミング療法 2 排卵誘発法 3 人工授精 4 不妊治療に伴う検査（該当する番号に○を付してください。）				
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで				
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
保険診療に要した 点数及び治療費	総点数		保険診療費被保険者負担額（領収額）		
	点		円		
被 保 険 者 負 担 額 等 の 内 訳	診療年月	医療機関分		薬局分	
		保険診療分		保険対象外額	負担金額
		診療点数	負担金額		
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	合 計	点	円	円	円
今回の治療内容について記入してください。 (治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。)					

備考

- 1 一般不妊治療等（検査を含む。）に係る費用についてのみ記入してください。
- 2 予防接種料、証明書発行に係る文書料等の治療に直接関係のない費用は、含めないでください。
- 3 夫婦合算額を記入してください。
- 4 「院外処方の有無」が「有」の場合は、「薬局分」へも記入してください。