

不妊・不育治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、不妊・不育治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(署名又は記名押印)

医療機関記入欄(主治医が記入してください)

受診者	ふりがな	夫	_____	妻	_____
	氏名		_____		_____
	生年月日		年 月 日		年 月 日
不妊・不育治療初回受診日 (令和7年4月1日以降)		年 月 日 (歳)			
()年度における治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
主な治療内容		<input type="checkbox"/> 検査(検査名: _____) <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 手術療法(方法: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
本人負担額の 内訳	()年度	保険適用診療分		保険適用外診療分	
		本人負担額		本人負担額	
	4月分	円		円	
	5月分	円		円	
	6月分	円		円	
	7月分	円		円	
	8月分	円		円	
	9月分	円		円	
	10月分	円		円	
	11月分	円		円	
	12月分	円		円	
	1月分	円		円	
	2月分	円		円	
3月分	円		円		
本人負担(領収)金額		保険適用診療分の本人負担金額 _____ 円		保険適用外診療分の本人負担金額 _____ 円	
院外処方の有無		有 ・ 無	※「院外処方の有無」が「有」の場合は、助成の対象となりますが、別に薬局にて本証明書の発行を受けていただくこととなります。医療機関において受ける検査及び治療に係る費用だけで、助成額の上限を超過する場合は、薬局の証明は必要ありません。		

※ 「保険適用外診療分の本人負担金額」欄は、検査、治療に係る費用を記入してください。

※ 入院時の室料差額、食事料、通院に要する交通費、文書手数料を除く。

※ 他制度の助成(高額療養費制度等)を受けている費用は除く。