

生殖補助医療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、生殖補助医療を実施し、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		昭和 年 月 日 平成		昭和 年 月 日 平成
	住 所				
	電話番号		()		()
生殖補助医療初回受診日 (令和4年4月1日以降)		年 月 日 (歳) ※治療を受けた場合記入してください。			
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
判定日		年 月 日			
治療の理由					
主な治療内容		☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 検査 (検査名:) ☐ 手術療法 (方法:) ☐ その他 ()			
本人負担 (領収) 金額 ※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。		☐ 今回の治療にかかった金額合計 (※保険適用診療分)			
		自己負担額			円
		☐ 今回の治療にかかった金額合計 (※保険適用外診療分)			
自己負担額			円		
		合 計			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になります。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。		

※ 添付書類 今回の治療にかかる医療機関発行の領収書 (裏面添付又は別途)