

受診等証明書

以下の者については、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医の氏名

（自署の場合、押印不要）

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		西暦 年 月 日 (歳)		西暦 年 月 日 (歳)

貴医療機関における治療開始年月日	年 月 日
------------------	-------

今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日
---------	--------------

○受診者に対して今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。

人工授精 (回)

体外受精※胚移植の回数 (回) 顕微授精※胚移植の回数 (回)

手術療法 (手術方法)

その他 ()

・院外処方の有無 (有 ・ 無)

本人負担額の内訳	区分	一般不妊治療 (不妊検査・一般不妊治療・人工授精等)		生殖補助医療 (体外受精・顕微授精等)	
		医療機関徴収分	薬局徴収分	医療機関徴収分	薬局徴収分
		本人負担額①	本人負担額②	本人負担額③	本人負担額④
	年3月分	円	円	円	円
	年4月分	円	円	円	円
	年5月分	円	円	円	円
	年6月分	円	円	円	円
	年7月分	円	円	円	円
	年8月分	円	円	円	円
	年9月分	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円
	年1月分	円	円	円	円
	年2月分	円	円	円	円
	計	円	円	円	円

領収金額

円（上記本人負担額①～④の合計）

- 注1 受診者に対して今回行った不妊治療（保険診療分）に係るもののみご記入ください（自費診療分は、対象外）。
 2 は該当項目をチェックしてください。
 3 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の薬局徴収分へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。