

下記の者については、不妊症と診断し、次のとおり不妊治療等を実施し、これに係る医療（調剤）費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(ふりがな)
受診者氏名
生 年月 日

夫

年 月 日 (歳)

妻

年 月 日 (歳)

主治医氏名

治療の実施状況

☐タイミング療法

☐人工授精 ____回

☐体外受精（胚移植） ____回

☐男性不妊の手術

☐先進医療（

）

☐検査（

）

☐その他（

）

妊娠の有無

☐ 無し・☐有り

妊娠判定日（ 年 月 日）

今回の治療期間

年 月 日 ～ 年 月 日

○院外処方の有無（☐有り・☐無し）

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）

生殖補助医療（体外受精・顕微授精・男性不妊・先進医療）

医療機関徴収分

薬局徴収分

医療機関徴収分

薬局徴収分

保険診療分

保険外診療分

保険診療分

保険外診療分

保険診療分

保険外診療分（先進医療のみ）

保険診療分

保険外診療分（先進医療のみ）

年 3 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 4 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 5 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 6 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 7 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 8 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 9 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 1 0 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 1 1 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 1 2 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 1 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

年 2 月分

円

円

円

円

円

円

円

円

円

小計

① 円

② 円

③ 円

④ 円

⑤ 円

⑥ 円

⑦ 円

⑧ 円

[治療にかかった金額合計]

領収金額 円

※各治療分の上記自己負担額①～⑧の合計額となります。

※注1 院外処方がある場合は、「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。

※注2 文書料、個室料、先進医療等の保険適用外の費用は含めないでください。

※注3 証明書に記載のない領収書は、助成金の支給対象外となります。