

様式第2号（第6条関係）

一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療を実施し、これに係る医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

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

夫	ふりがな 氏名		妻	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日（ ）歳		生年月日	年 月 日（ ）歳
治療種別	保険診療分 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法		保険診療外 <input type="checkbox"/> 人工授精（ ）回		
貴医療機関における治療開始日	年 月 日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日		
区分	実費負担額				
	医療機関徴収分①	薬局徴収分②	医療機関徴収分③	薬局徴収分④	
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	
年 3月分	円	円	円	円	
[金額合計]	円	円	円	円	
	①+②計 円		③+④計 円		

備考

- 当該患者に関して行った一般不妊治療に関し、保険診療分と保険診療外分をそれぞれご記入ください。
- 院外処方が有る場合、「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。
- 保険診療外の対象となる治療は次のとおりです。
  - 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I Vなどの感染症検査費用
  - 採精（事前採取を含む。）費用
  - 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。）
  - 精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用
  - 排卵誘発のためのH C G注射
  - 精子を子宮内に注入するために要する費用
  - 人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等
- 文書料、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。