

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

※自署しないときは、押印してください。

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	夫		妻			
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)		
一般不妊治療の 実施状況	一般不妊治療開始年月日		年 月 日			
	人工授精実施回数		回			
本人が負担した費用の内訳	区分	医療機関 徴収分①	薬局徴収分 ②	区分	医療機関 徴収分①	薬局徴収分 ②
		年 月		年 月		
		年 月		年 月		
		年 月		年 月		
		年 月		年 月		
		年 月		年 月		
		年 月		年 月		
今回の治療にかかった合計金額 <u> </u> 本人が負担した額 <u> </u> 円 (①+②)						

- 注1 当該患者に関して行った対象となる治療に係るもののみ、ご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人が負担した費用の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人の負担した費用を転記してください。
- 3 対象となる治療は次のとおりです。
- (1) 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等の感染症検査費用
 - (2) 採精費（事前採取も含む。）
 - (3) 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（人工授精当時に採取することができない場合に限る。）
 - (4) 精子の濃縮、洗浄等に要する費用
 - (5) 排卵誘発のためのH C G注射に要する費用
 - (6) 精子を子宮内に注入するために要する費用
 - (7) 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
- 4 本人が負担した額（食事代、個室代、容器代、文書料等直接治療に要しない費用を除く）を記載してください。