

## 様式第3号（第5条関係）

## 一般不妊治療医療機関証明書

下記のものについて、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る治療（調剤）費の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)

所在地\_\_\_\_\_

名称\_\_\_\_\_

主治医氏名\_\_\_\_\_

受診者	夫	(ふりがな)	( )	妻	(ふりがな)	( )
		氏名			氏名	
		生年月日	年月日		生年月日	年月日
貴医療機関における治療開始年月日		年月日				
今 診 療 の 治 療 期 間		年月日～年月日				
院 外 処 方 の 有 無		□有・□無				
検査・治療内容		<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 人工授精【回】 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他【】				
区分	診療年月	医療機関徴収分				薬局徴収分 院外処方 本人負担額 (※渉上市記載欄)
		保険診療		保険診療以外 の本人負担額	院内処方 本人負担額	
本人 負担額 の内訳	年月分					
	年月分					
	年月分					
	年月分					
	年月分					
	年月分					
	年月分					
	年月分					
	年月分					
	年月分					
	小計	①	②	③	④	
今診療年度の不妊治療に かかった金額 (医療機関自己負担分)	⑤ (①+②+③) 円					
※渉上市記載欄		不妊治療自己負担額合計 (④+⑤) 円				

## 備考

- 当該患者に関して行った、一般不妊検査や治療等に係るもののみ御記入ください。なお体外受精や顕微授精等の特定不妊治療は除いてください。
- 院外処方の有無が「有」の場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 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。
- 「※渉上市記載欄」は、市で記載します。
- 治療が終了した月の属する年度の翌年度末が申請期限です。