

不妊治療受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領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



医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(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)
今回行った <u>治療内容</u> について、 <u>該当箇所を記入</u> してください。 <u>日程、経過等は余白に記入</u> してください。				
・タイミング療法	実施 ( 回)		・ 未実施	
・排卵誘発法	実施 ( 回)		・ 未実施	
・人工授精	実施 ( 回)		・ 未実施	
・体外受精	実施 ( 回)		・ 未実施	
・顕微授精	実施 ( 回)		・ 未実施	
・手術療法	実施 (手術方法		)	・ 未実施
・その他	[ ]			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額 (本人負担額)	人工授精に係る金額 (※1)			円
	不妊治療費総額 (人工授精に係る金額を含む。) (※2) (※3)			円

(※1) 人工授精の対象となる治療は、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などの感染症検査に要する費用
- ②採精 (事前採取も含む。) に要する費用
- ③精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存に要する費用 (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。)
- ④精子の濃縮、精子の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、服用する抗生剤等に要する費用

(※2) 院外処方がある場合、不妊治療費総額に、薬局の領収書から本人負担額を加えてください。

(※3) 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。

