様式第２号の１（第６条関係）

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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**治療内容について、該当箇所を記入**してください。**日程、経過等は余白に記入**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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円  （※１） | | | |
| 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ＨＩＶ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ＨＣＧ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）院外処方が有る場合、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。