

## 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（主治医が記入すること）

|   |        |                   |            |            |              |            |
|---|--------|-------------------|------------|------------|--------------|------------|
| (フリガナ)<br>受診者氏名                             |        | ( )               |            | ( )        |              |            |
| 受診者<br>生年月日                                 |        | 年 月 日 ( 歳)        |            | 年 月 日 ( 歳) |              |            |
| 一般不妊治療の<br>実施状況                             |        | 一般不妊治療開始<br>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<br>①      | 薬局徴収分<br>② | 区 分        | 医療機関徴収分<br>① | 薬局徴収分<br>② |
|   | 年 4 月分 | 円                 | 円          | 年 1 0 月分   | 円            | 円          |
|   | 年 5 月分 | 円                 | 円          | 年 1 1 月分   | 円            | 円          |
|   | 年 6 月分 | 円                 | 円          | 年 1 2 月分   | 円            | 円          |
|   | 年 7 月分 | 円                 | 円          | 年 1 月分     | 円            | 円          |
|   | 年 8 月分 | 円                 | 円          | 年 2 月分     | 円            | 円          |
|   | 年 9 月分 | 円                 | 円          | 年 3 月分     | 円            | 円          |
| 今回の治療にかかった合計金額 <u>本人が負担した額</u> 円      (①+②) |        |                   |            |            |              |            |

注1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみ、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（人工授精当日に採精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 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。