

様式第2号（第7条関係）

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) 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 4月分 | 円 | 円 | 年 10月分 | 円 | 円 | | | |
| | 年 5月分 | 円 | 円 | 年 11月分 | 円 | 円 | | | |
| | 年 6月分 | 円 | 円 | 年 12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HIV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HCG注射に要する費用

(6) 精子を子宮内に注入するためには要する費用

(7) 人工授精後、感染予防のために服用する抗生素等に係る費用

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。