

一般不妊治療受診等証明書

下記の者は、次のとおり一般不妊治療（体外受精、顕微授精及び男性不妊治療 TESE を除く）を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

実施医療機関 所在地
名称
医師名

印

医療機関記入（主治医が記入すること。）

受 診 者		夫	妻
	ふりがな 氏名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
	住 所	秋田県仙北郡美郷町	
今回の治療期間	年 月 日 ～		年 月 日
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> 不妊症を判定するための検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> その他 （ ）		
【今回の治療内容（特記事項があれば記入してください。）】			
妊 娠 反 応	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無
本人負担額の 内 訳	保険診療点数		点
	上記の本人負担額		円
	保険診療以外の本人負担額		円
院 外 処 方	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無

注1 当該受診者に関して行った一般不妊治療（体外受精、顕微授精及び男性不妊治療 TESE を除く）に係るもののみ記入してください。

注2 は、当該項目にチェックしてください。

注3 不妊症かどうかを判断するための検査費用も助成対象となります。ただし、検査後に一般不妊治療を行わなかった場合は、助成の対象となりません。

注4 夫婦合算額を記入してください。

注5 入院時食事療養費は助成の対象となりません。