

不育症治療等実施医療機関証明書

年 月 日

次のとおり不育症治療を実施し、これに係る医療費（自己負担額）を徴収したことを証明します。

医療機関の名称

所在地

医師名

④

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
検査・治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
診 断 名				
流産／死産／ 新生児死亡歴	1回目（流産／死産／新生児死亡）： 年 月 日 2回目（流産／死産／新生児死亡）： 年 月 日 ※3回目以降の記載は、不要です。			
当該患者に ついて	当該患者について該当するものにチェックし、詳細についてはカッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 () <input type="checkbox"/> 子宮異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
検査・治療の内容	<input type="checkbox"/> 検査			
	<input type="checkbox"/> 保険診療 検査名 () <input type="checkbox"/> 保険診療外 検査名 ()			
<hr/>				
<input type="checkbox"/> 治療				
<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 保険診療外 治療内容 () 治療内容 ()				
本人負担額	合計 _____ 円 (検査及び治療（低用量アスピリン療法及びへパリン療法に限る。）の自己負担額) 内訳：(保険診療内) _____ 円 (保険診療外) _____ 円		院外処方の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は、領収書 及び明細書を添付す ること。

1. 不育症検査及び治療に係る費用のうち、検査及び治療（低用量アスピリン療法及びへパリン療法に限る。）に係る費用のみご記入ください。
2. 期間は、その妊娠に関する検査又は治療を開始した日から出産、流産又は死産の時点までが対象となります（ただし、不妊治療分及び妊婦健康診査分は除く。）。
3. 院外処方がある場合は、院外処方に要した費用も対象となりますので、領収書及び明細書の添付が必要となります。