

## 不育症治療実施医療機関証明書

年 月 日

次のとおり、不育症治療等を実施し治療等に係る費用を徴収したことを証明します。

実施医療機関 所在地  
 名称  
 医師名

印

受診者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
今回の治療期間 及び治療等の状況	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中	
診断名				
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                      (                      )			
	保険診療			保険外診療
検査・治療	<input type="checkbox"/> 検査名 (                      ) <input type="checkbox"/> 治療 <input type="radio"/> 薬物療法 (                      ) <input type="radio"/> 手術 (                      ) <input type="radio"/> その他 (                      )	検査のみ	<input type="checkbox"/> 検査名 (                      )	
本人負担額	円		本人負担額	円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		出産の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認
特記事項				

注1 食事代、入院費、差額ベット代は、対象になりません。  
 注2 1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、各年度ごとに証明してください。  
 注3 院外処方がある場合は、院外処方に要した費用の領収書の添付が必要となります。