

様式第5号（第8条関係）

不妊等治療費助成事業受診等証明書

次の者については、不妊等治療を行わなければ妊娠の見込みが極めて少ない又は流産若しくは死産を繰り返す可能性が高いと思われるため、不妊等治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

証明医療機関等 所在地
 名称
 主治医氏名

印

医療機関等記入欄

フリガナ				生年月日	年 月 日 (歳)	
受診者氏名						
治療方法		【不妊症に係る治療】 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（先進医療あり） <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（先進医療なし） <input type="checkbox"/> 生殖補助医療以外 ----- <input type="checkbox"/> 不育症に係る治療				
治療区分	診療年月	医療機関分			薬局分	高額療養費の適用
		保険診療分		保険対象外額	自己負担金額	
		診療点数	自己負担金額			
不妊症に係る治療	年4月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年5月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年6月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年7月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年8月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年9月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年10月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年11月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年12月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年1月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年2月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年3月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	合計	点	円	円	円	
不育症に係る治療	年4月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年5月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年6月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年7月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年8月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年9月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年10月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年11月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年12月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年1月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年2月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	年3月分	点	円	円	円	<input type="checkbox"/>
	合計	点	円	円	円	

今回の治療内容について、詳細に記入してください。
(治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。)

備考

- 1 不妊等治療（検査を含む。）に係る費用についてのみ記入してください。
- 2 予防接種料、証明書発行に係る文書料等の治療に直接関係のない費用は、含めないでください。
- 3 院外処方がある場合は、薬局にて「薬局分」へ記入してください。
- 4 限度額適用認定証の提示があり、かつ、1か月の不妊症に係る治療及び不育症に係る治療の自己負担額の合計額が限度額以上となる場合は、当該月の点数及び限度額を不育症に係る治療欄に記入してください。