

不妊治療（生殖補助医療）費助成事業治療証明書

下記の者については、当院において公的医療保険が適用される生殖補助医療を行ったことを証明します。

令和 年 月 日

保険医療機関の名称及び所在地

主治医氏名
電話番号 () 印

(ふりがな) 受診者氏名	()	
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
治療内容 (該当するものに○をつけて ください)	治療日※1	治療に係る医療費の支払日
1. 採卵術	令和 年 月 日	令和 年 月 日
2. 胚移植術	令和 年 月 日	令和 年 月 日
3. 精巣内精子採取術	令和 年 月 日	令和 年 月 日
金額領収 の有無	1. 採卵術	1. 有 _____ 円※2 領収日 令和 年 月 日
		2. 無
	2. 胚移植術	1. 有 _____ 円※2 領収日 令和 年 月 日
		2. 無
	3. 精巣内精子採取術	1. 有 _____ 円※2 領収日 令和 年 月 日
		2. 無

※1) 治療日については、実際に採卵術、胚移植術又は精巣内精子採取術（TESE又はMESA）を行った日を記載してください。（投薬や検査日ではなく、実際に手術を実施した日を記載してください。）

※2) 該当の治療に係る日に領収した金額を記載してください。（手術分のみ抜き出す必要はありません。）

申請者の方へ

医療機関発行の明細書（対象の治療に係るもの）のコピーを添付してください。

この証明書は、医療機関発行の領収書（コピー）が提出できない場合に必要です。