様式第２号（第６条関係）

不妊治療応援事業に係る受診等証明書

次の者は不妊治療を受療し、これに係る治療費を次の通り領収したことを証明します。

年　　　月　　　日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 夫 | 　　　　　年　　月　　日　　　　　　　（　　　歳） | 妻 | 　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　（　　　歳） |
| 今回の治療方法 | 人工授精・体外受精・顕微授精・余剰杯凍結保存・男性不妊治療凍結融解胚移植 |
| 今回の治療期間※１ | 　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 今回の治療に要した保険診療の一部負担金額の合計　※２ | 生殖補助医療費（不妊男性治療費除く）　　　　　　　　　　　　　　領収額　金　　　　　　　　　　　　　円男性不妊治療費　　　　　　　　　　　　　　領収額　金　　　　　　　　　　　　　円 |
| 上記合計金額内訳 | 診療月 | 生殖補助医療費（不妊男性治療費除く） | 男性不妊治療費 |
| 　　月 | 　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 　　月 | 　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 　　月 | 　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 　　月 | 　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 　　月 | 　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 　　月 | 　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |

※１　治療期間については、採卵準備から凍結杯移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療終了日までを記載してください。

※２　一部負担金は、他の医療機関の領収金額についても、患者から領収書の提出を受け、合計（内訳）金額を記載してください．