

海陽町不妊治療費等受診等証明書（一般不妊治療実施分）

次の者については、妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、一般不妊治療を実施し、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	医療機関	所在地
				名称
				主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな 受診者氏名	夫	年 月 日生（ 歳）		妻	年 月 日生（ 歳）	
【保険診療で実施した治療】 今回の治療期間（※1）	（開始） 年 月 日 ～ （終了） 年 月 日 ・ 保険適用による治療開始時の妻の年齢（ 歳）					
【保険診療で実施した治療】 今回の治療内容	（実施した一般不妊治療に係る治療で該当するものすべてに✓を付けてください。） ☐ タイミング法 ☐ 人工授精 ☐ 排卵誘発法					
【保険診療で実施した治療】 診療月ごとの保険診療分に係る医療費等 （※2）	診療年月	自己負担額 （窓口負担額）	診療年月	自己負担額 （窓口負担額）		
	令和 年 月分	円	令和 年 月分	円		
	令和 年 月分	円	令和 年 月分	円		
	令和 年 月分	円	令和 年 月分	円		
	令和 年 月分	円	令和 年 月分	円		
	令和 年 月分	円	令和 年 月分	円		
	令和 年 月分	円	令和 年 月分	円		
	保険診療分の合計額				円	
【保険診療で実施した治療】院外処方（※3）	保険診療分の 院外処方合計額 円		総合計額 円			
備考						

※については、裏面の証明書作成に当たっての説明事項を参照してください。

◎証明書作成に当たっての説明事項

※1 治療期間については、今回の一般不妊治療に係る治療計画を作成した日を開始日（令和7年4月1日以降のものに限る）とし、当該一般不妊治療の終了日までを記載してください。

開始日より1年以内の治療及び治療の一環として実施する保険適用の検査、不妊治療後の妊娠判定検査を実施した日を含みます。

※2 文書料等は助成の対象外となります。

※3 今回の治療に係る院外処方による治療については、表面の保険診療分の院外処方合計額に記載してください。