

様式第2号(第7条関係)

不妊治療受診証明書

下記の者について、不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとお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

(本人の自署による署名又は記名押印をしてください。)

受診者氏名		生年 月日	年 月 日	
今回の治療期間	年 月 日 ~	年 月 日		
今回の治療回数 ^{※1}	保険適用 通算 回目 (回数リセット事由 ^{※2} :)			
不妊治療を必要とした理由				
治療内容				
本人負担額の内訳	区分	保険診療分		
		医療費総額	本人負担額	高額療養費に係る自己負担限度額 ^{※3}
	年4月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年5月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年6月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年7月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年8月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年9月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年10月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年11月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年12月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年1月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
	年2月分	円	円	適用区分()又は限度額()円
年3月分	円	円	適用区分()又は限度額()円	
※領収金額 (上記本人負担額の合計)	金 円 (うち、男性不妊治療(TESE, MESA等)に要した費用 金 円) 領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日			

※1：出産した場合又は妊娠12週以後に死産に至った場合は、回数をリセットすること。

※2：回数をリセットした場合のみ記入すること。

※3：限度額認定証の提示等により確認ができる場合のみ記入し、未確認の場合は記入しないこと。