

医療機関証明書 記入例

不妊治療受診等証明書 (旧 特定不妊治療補助)

▼証明のお願い

43歳以上で治療をされた方、及び43歳未満の方については、保険治療回数を超えて自由診療となった方のみ証明をお願いいたします。

保険治療可能であるにもかかわらず、混合診療等を選択された方については対象外となります。

ご注意くださいますようお願い致します。

法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて
る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

■■県■■市〇〇〇

医療機関の名称及び所在地 ■■■〇〇クリニック

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

主治医氏名 〇〇〇 〇〇〇〇

印

医療機関記入欄(主治医が記入してください)

押印なしでも可 ただし健保から連絡する場合があります→

受診者	夫	フリガナ	カタカナで記入	妻	カタカナで記入
		氏名	〇〇〇〇 〇〇〇〇		〇〇〇〇 〇〇〇〇
		生年月日	昭和 平成 〇年〇〇月〇〇日		昭和 平成 〇年〇〇月〇〇日
開始年齢		今回の治療開始時の女性の年齢(■■歳) ←今回の治療開始の年齢を記入			
該当箇所にチェック→ 今回の該当項目		<input type="checkbox"/> 40歳未満であって6回分の保険治療が終了(終了日: 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満であって3回分の保険治療分が終了 (終了日: 令和〇年 〇〇月〇〇日) <input type="checkbox"/> 43歳以上の開始であって年齢制限超え 健康保険の治療終了日を記入ください↑			
今回の治療期間		治療期間 令和 〇 年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇年〇〇月〇〇日			
該当箇所に○→ 今回の治療内容 男性不妊治療を行った場合、手術療法と医療機関名を記入→		(該当する記号に○をつけてください)			
		A: 新鮮胚移植を実施			
		B: 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施			
		C: 以前に凍結した胚による胚移植を実施			
		D: 体調不良等により移植のめどが立たず、治療終了			
		E: 受精できず、または胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止			
男性不妊治療を行った場合、手術療法と医療機関名を記入→		F: 採卵したが、卵が得られない、又は状態の良い精子が得られないため中止 ※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、または精子が得られないため治療を終了した場合も対象になります。			
		(AまたはBの場合、該当する番号に○をつけてください) (1)体外受精 (2)顕微授精			
		男性不妊治療を行った場合、記載してください。 行った手術療法(〇〇〇〇) 行った医療機関(〇〇〇〇〇〇)			
治療結果		(1)妊娠した (2)妊娠せず (3)治療中止 (4)その他 治療中止その他の理由()			
領収金額 (保険外診療に限る)		該当するものに○をつけてください ＜院外処方含む・含まない 院内処方＞			
		今回の治療にかかった金額合計		治療費 □□□□□□ 円 (男性不妊治療費を除く)	
		男性不妊治療費 □□□□ 円 (精子回収 あり・なし)			

・治療期間については、採卵準備または凍結胚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入してください。
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のみ行った場合は、男性不妊治療を行った日から不妊治療終了日までを記入してください。主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記入してください。