

生殖補助医療費助成事業申請用証明書

年 月 日

医療機関(又は薬局)の名称及び所在地

主治医(又は薬剤師)氏名

㊦

下記の者について、公的医療保険が適用される生殖補助医療（保険診療の生殖補助医療と併用して実施される不妊治療に係る先進医療を含む）を実施し、これに係る医療費の本人負担額を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠のみご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	( )				
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※採卵準備又は凍結胚移植、精巣内精子採取術を行うための投薬開始等治療を行った日から治療終了日までを記載してください				
治療内容	採卵術・体外受精・顕微授精・胚移植術・精巣内精子採取術				
実施した先進医療 ※実施に☑してください	<input type="checkbox"/> P I C S I	<input type="checkbox"/> タイムラプス	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE)		
	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査	<input type="checkbox"/> S E E T 法	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (ERA)		
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ	<input type="checkbox"/> I M S I	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性		※胚移植術を実施した場合のみ		
院外処方の有無	有り ・ 無し				
本人負担額の内訳	<b>今回の治療期間の医療機関(又は薬局)における医療費</b>				
		保険診療(生殖補助医療分)を記入			先進医療に係るものの金額
	診療月	医療(又は調剤)費総額	高額療養給付額	本人負担額	
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	合計	円	円	① 円	② 円
領収金額 (①+② 上記本人負担額の合計)			円		
薬局のみご記入ください 処方依頼のあった医療機関名 _____					

※医療費総額には、文書料、食事代、室料差額、病衣使用料などは含めないでください。