

特 定

特定不妊治療医療機関受診証明書

年 月 日

珠洲市長

医療機関

住所

名称

代表者

印

電話番号

下記のとおり、特定不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

受診者氏名	男・女	年 月 日生
医療機関における不妊治療開始年月日	年 月 日	
() 年度における診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
不妊治療に係る保険不適用の治療のうち体外受精・顕微授精・男性不妊治療の一環として行われたものの負担額 _____ 円		

※注 1 特定不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。

- 2 入院時の差額ベッド代・食事代・文書代等直接治療に関係ない費用は含まないでください。
- 3 院外処方に要した費用も対象となります（薬局が発行した領収書の添付が必要です）。
- 4 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等を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療等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載してください。
- 5 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、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合は、男性不妊治療のみを助成の対象とします。