

医療実施証明書

下記の者については、不妊治療が必要であり、過去の不妊治療の経過等を十分考慮し、次のとおり医療保険適用外の治療（配偶者間を実施したことを証明します）。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名



医療機関記入欄（太枠は主治医が記入してください。）

フリガナ	夫		妻	
受診者氏名				
生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療方法 該当する記号等に○を付けてください。 下記の（注）1をご参考ください。	<input type="radio"/> 特定不妊治療の場合 D ・ E ・ F ・ G ・ H <input type="radio"/> その他の治療の場合 医療保険適用治療と併用して実施した先進医療			
特定不妊治療の一部を他の医療機関に 依頼した場合の医療機関名				
院内処方による投薬がある場合の投薬 内容				
今回の治療種別	今回の治療期間		医療保険適用外負担額内訳	
D ・ E ・ F	年 月 日 ～ 年 月 日		円	
G ・ H	年 月 日 ～ 年 月 日		円	
医療保険適用治療と併用して 実施した先進医療	年 月 日 ～ 年 月 日		円	
医療保険適用外負担金（領収額）			円	

（注）1. 特定不妊治療のD～Fは、以下のとおりです。

- 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
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないために中止
- G 卵胞が発育せず排卵終了のため中止
- H 採卵準備中体調不良のため中止

2. 助成対象となる不妊治療費は、治療費、検査料です。

（入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除きます）。

3. 特定不妊治療を行う医療機関は、指定医療機関（都道府県、指定都市、中核市が特定不妊治療（体外受精、顕微受精）を実施するのに適当であると認めた医療機関を含む）となります。その他の治療（先進医療）については、国に承認されている医療機関で受けた治療等が対象となります。