

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 C ・ D ・ E ・ F ・ G ・ H <input type="radio"/> その他の治療の場合 人工授精・凍結胚移植時直前の凍結保存料			
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				
院外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	
C・D・E・F	年 月 日 ～ 年 月 日		円	
G・H	年 月 日 ～ 年 月 日		円	
人工授精	年 月 日 ～ 年 月 日		円	
凍結胚移植時直前の凍結保存料	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 C~F は、以下のとおりです。

- C 以前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
- 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、直接治療に必要な凍結保存料です。

(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。ただし、その他の治療については、指定医療機関以外で実施したものについても助成対象となります。