

不 育 症 医 療 実 施 証 明 書

下記の者については、不育症の治療が必要であり、過去の妊娠期間の経過等を 十分考慮し、 次のとおり 医療保険適用
外の治療を実施し、実費負担分を徴収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		年 月 日
不育症治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 ※令和 7 年 4 月 1 日以降に開始した治療を対象とする。			
不育症治療の理由				
治 療 の 結 果	出産 ・ 流産 ・ 死産 ・ その他()			
【医療保険を適用せずに実施した不育症治療と治療に必要な検査】※				
院内処方による投薬がある 場合の投薬内容				
主な治療・検査等				
不育治療費 医療保険適用外負担金（領収額）				円

※(注) 1. 助成対象となる検査には、「大分県不育症検査費助成金」にかかる検査費用は含みません。
2. 助成対象となる不育症治療費は、医療保険の対象外となる不育症治療費及び治療に必要な検査料です。
（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. 不育症治療を行う 医療機関 は、指定医療機関（都道府県、指定都市、中核市が不育症治療を実施するのに
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不育症治療費等が対象となります。