

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 印

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○またはチェックを付けてください。 下記の（注）1をご参考ください。	○特定不妊治療の場合 D ・ E ・ F ・ G ・ H			
	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 以下の理由により保険適用外となった不妊治療と併用して実施した先進医療 ○医療保険適用治療の回数超過により ○妻の年齢超過により			
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	
医療保険適用回数超過・妻の年齢超過のため医療保険適用外となった不妊治療と先進医療	年 月 日 ～ 年 月 日 ※令和7年4月1日以降に開始した治療が対象		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、治療費と検査料です。
- （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。