

医療機関等証明書

年 月 日

北竜町長 様

医療機関等  
所在地  
名称  
代表者名  
電話番号

印

次のとおり、不妊治療を実施したことを証明します。

(ふりがな) 夫氏名		生年 月日	年 月 日 ( 歳)	
(ふりがな) 妻氏名		生年 月日	年 月 日 ( 歳)	
年度における治療期間		年 月 日から 年 月 まで		
治療内容	保健適用の 治療	<input type="checkbox"/> 検査： <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	生殖補助 医療	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療（内科・外科治療） <input type="checkbox"/> 採卵に係る治療・処置 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 受精卵・胚の培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植 ※各治療段階で中止したものも含む		
	保険適用外 不妊治療	内容：		
自己負担額内訳	区分	保険診療分		保険診療以外
		医療費総額	本人負担額①	本人負担額②
	年 月分	円	円	円
	月分	円	円	円
	月分	円	円	円
	月分	円	円	円
	月分	円	円	円
	月分	円	円	円
	月分	円	円	円
	月分	円	円	円
	月分	円	円	円
	月分	円	円	円
	合計	円	円	円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
文書料	円	本人負担額合計	円	

※医療機関において太枠の中を記載願います。  
 ※食事療養費、個室料等の治療に直接関係のない費用は、除いてください。  
 ※院外処方がある場合は、領収書と調剤報酬明細書を提出して下さい。

(再掲) 先進医療に係る不妊治療費内訳

先進医療（国が先進医療技術として告示されている以下の治療）を保険適応の不妊治療と併せて実施した場合は、様式第2号にて証明した保険適応外治療費のうち、先進医療費分の内訳について、以下に記載をお願いします。

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（主治医が記入すること）

(ふりがな) 夫氏名		生年 月日	年 月 日 ( 歳)
(ふりがな) 妻氏名		生年 月日	年 月 日 ( 歳)
実施した 治療方法 (注1)	先進医療A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (子宮内膜受容期検査) (ERpeak) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)	
	先進医療B	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査	
治療回数	治療期間 (注2)	領収金額	
①	年 月 日～ 月 日	円	
②	月 日～ 月 日	円	
③	月 日～ 月 日	円	
④	月 日～ 月 日	円	
⑤	月 日～ 月 日	円	
⑥	月 日～ 月 日	円	
先進医療分 領収金額合計		_____円	

(注1) 治療方法は厚生労働省が先進医療技術として公表しているものであるため、増減することがあります。

(注2) 治療期間については、採卵・採精から体外受精・顕微授精、受精卵・胚培養、胚移植までの一連の治療が終了した日（もしくは妊娠確認日まで）までの期間を1回とし、年度内に行った治療回数分の記載をお願いします。