

不妊治療医療機関証明書

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

次のとおり、不妊治療を実施したことを証明します。

住 所	常陸大宮市		
夫 氏 名	生年月日	年 月 日	(歳)
妻 氏 名	生年月日	年 月 日	(歳)
治療方法	<input type="checkbox"/> 体外受精 ・ <input type="checkbox"/> 顕微受精 ・ <input type="checkbox"/> 男性不妊 (該当する生殖補助医療にチェックしてください。)		
主な治療内容			
治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
治療費	不妊治療費助成対象金額 _____ 円		
	保険診療	【自己負担額】 _____ 円	
	保険診療と併用して行う先進医療	保険外診療	【自己負担額】 _____ 円 【治療内容】
	※自 費	【保険外負担額】 _____ 円 【保険外診療を行った理由】 []	

【備考】

- 1 主治医が記入してください。
- 2 治療費は、保険適用外の治療費とし、入院時の差額ベッド代、食事代、凍結された精子・卵子・受精胚の管理料（保管料）や文書代等の費用は含みません。
- 3 ※自費については、43歳未満の方が7回以上の治療する場合等において記入してください。その他の自費の費用について含みません。