

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、次のとおり医療保険適用外の治療(配偶者間の治療)を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

氏 名

㊞

患者氏名(生年月日)	夫	(年 月 日)		
	妻	(年 月 日)		
治療及び検査種別	治療及び検査に要した期間	医療保険適用外負担額	備考	
	年 月 日～ 年 月 日	円		
	年 月 日～ 年 月 日	円		
	年 月 日～ 年 月 日	円		
	年 月 日～ 年 月 日	円		
	年 月 日～ 年 月 日	円		
医療保険適用外負担額 合計		円		
※院外処方による医療保険適用外の投薬がある場合は、下欄も記入してください。				
投 薬 内 容				

注 1 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、文書料等治療に直接関係のない費用を除きます。)