



ふりがな 夫の氏名		生年月日 (西暦)		年 月 日 ( 歳)				
今回の証明に係る診療期間 (治療開始月から2年以内)				年 月 日 ~ 年 月 日				
本人負担額の内訳	区分	保険診療分		※保険診療 以外の本人 負担金額	区分	保険診療分		※保険診療 以外の本人 負担金額
		診療点数	本人負担 金額			診療点数	本人負担 金額	
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円	年 月分	点	円	円
	合計		点	円	円		点	円
治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法 (不妊相談)		<input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服・注射)		<input type="checkbox"/> 腹腔 (子宮) 鏡手術			
	<input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 顕微授精			
	<input type="checkbox"/> 検査 ( )		<input type="checkbox"/> その他手術 ( )					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 (薬局が発行する同証明書の添付が必要) ・ <input type="checkbox"/> 無							

注意事項

- 貴医療機関が、生殖補助医療管理料の施設基準にかかる届出を行っている医療機関であること。
- 原則保険適用で行った治療費が助成の対象となります。  
保険診療以外の本人負担金額は、保険診療となる治療をおこなったが保険適用の年齢・回数制限により保険診療とならなかった場合のみ助成の対象となります。  
上記の理由により発生した金額のみ記載してください。
- 凍結保存維持管理料、食事療養費標準負担額、文書料等の不妊治療に直接関係ない費用は含めないでください。
- 不妊治療開始日から治療終了日までを記載してください。期間は夫婦で2年以内です。  
なお、年齢制限はありません。  
**申請期限は治療終了日の属する月の翌月初日から起算して1年以内です。**  
(治療終了日について)  
・ 妊娠が確認できた時点または治療期間が2年に達した時点で治療終了  
・ 医師の判断または本人の意向により治療を中止した場合、その時点で治療終了