

様式第2号（第6条関係）

生殖補助医療に係る実施医療機関証明書

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医名

印

電話番号

次のとおり生殖補助医療等を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
今回の治療期間 (※1)	年 月 日 ~		年 月 日	
治療方法	I	対象治療の内容を選んでください。 1. 体外受精 2. 顕微授精 3. 過去に凍結した胚を利用した移植	中止された場合に選択(※2) 1. 治療めどが立たない 2. 異常授精・胚の変性等 3. 採取できず(卵子・精子) 4. その他	
		治療の中止について 無 ・ 有		
	II	今回治療の妊娠判定結果 (※3)	陽性 ・ 陰性	
	III	男性不妊治療の実施について	無 ・ 有	
	IV	院外処方の実施について	無 ・ 有	
		他医療機関(院外処方含む)への依頼(※4)	無 ・ 有	
V	医療機関名 指示内容 上記の医療費について、今回の領収金額に	含む ・ 含まない		
徴収金額(※5) <u>保険診療分に限る</u>	生殖補助医療費(男性不妊治療費を除く) 徴収金額 円			
	男性不妊治療費(※6) 徴収金額 円			

裏面に留意事項記載

(裏面)

- ※1) 治療開始日とは今回の治療における生殖補助医療実施計画書に同意をした日としてください。
- ※2) 治療をやむなく中断または終了した場合に理由を選択してください。
- ※3) 1回の治療期間が終了し、妊娠判定を行った場合に判定結果を記入してください。
- ※4) 治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。
院外処方については、処方日を記載してください。
- ※5) 先進医療など(医療保険適用外)全額自己負担の治療の有無について記入してください。
- ※6) 医療保険点数に係る自己負担分について記入してください。入院時の差額ベッド代、食事療養費、文書料、処方箋によらない薬(サプリメント等)、医療機関以外で受けた治療等は除きます。
- ※7) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。