

不妊治療費助成事業 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

代表者または
主治医氏名

印

記

受診者氏名	夫	妻
生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日

不妊治療の 実施状況	治療に要した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	人工授精実施回数	回	
治療日または 処方日	医療保険適用外 支払った金額		
	治療	薬 剤	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
小計	円	円	
医療保険適用外合計額			円

- ①由布市不妊治療費助成金は配偶者間の一般不妊治療（人工授精）が対象です。
- ②対象治療は、医療保険適用外の事前検査（精子の細菌学検査費用やHIV等の感染症検査費用等）、採精費（事前採取も含む）、精子の凍結保存料（人工授精当日に採取できない場合に限る）、精子の濃縮、洗浄等に要する費用、排卵誘発のためのHCG注射に要する費用、精子を子宮内に注入する費用、人工授精後感染予防のために服用する抗生剤に係る費用等です。入院費、食事代、文書料等直接治療に関係ない費用は除いてください。
- ③当該治療に要するため院外処方された薬剤については、受診者持参の領収書転記等の対応をお願いします。
- ④院外処方の薬剤は、薬局による薬剤支払証明書でも結構です。
- ⑤1年分をまとめて申請できますが年度をまたぐ（年度は4月1日～翌年3月31日まで）ことがないようご注意ください。ただし、2月、3月治療分は翌年度4月末まで申請できます。