

生殖補助医療（体外受精・顕微授精） 健康保険適用外治療証明書

患者氏名： _____

●生殖補助医療（体外受精・顕微授精）における健康保険適用外治療を必要とする理由をご記入ください。

記載日： 年 月 日

医療機関名・所在地

主治医

氏 名 _____ 印

主治医の方へ

この証明書は、日本新薬グループ共済会会員または配偶者の生殖補助医療（体外受精・顕微授精）における治療費（全額自己負担額）に対して一部補助するためのものです。

患者より依頼がありました際は、本証を発行していただきたく、お願い申し上げます。

また、本紙に記入しきれない場合は、「別紙記載」としていただき、記入した別紙（医療機関名、医師名を記入、捺印）を添付してくださいませよう、お願い申し上げます。

.....

会員の方へ

「不妊治療費補助」は、健康保険適用外の治療（全額自己負担）をされた場合の補助となります。

対 象 費 用： 生殖補助医療（体外受精・顕微授精）を受けた際の健康保険適用外の治療費

対象外費用： カウンセリング・心理療法を受けた費用や治療に関連する書類作成費（本書や診断書等）他