

不妊・不育症治療受診等証明書

下記の者について、不妊・不育症治療を実施し、これに係る医療費を受診者から受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関所在地

名称

主治医氏名

印

実施医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

(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	年 月 日 ~		年 月 日	
<p>○ 治療内容について該当箇所に記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タイミング療法(実施 (回)・未実施) ・排卵誘発法(実施 (回)・未実施) ・人工授精(実施 (回)・未実施) ・体外授精(実施 (回)・未実施) ・顕微授精(実施 (回)・未実施) ・手術療法(実施・未実施)(手術方法) ・不育症治療 ・その他 				
<p>○ 上記不妊・不育症治療に係る費用として受診者から受領した額を記入してください。</p> <p>受領した医療費の額 _____ 円 (うち不育症治療費に係る金額 _____ 円)</p>				

※上記の医療費額のうち一般不妊治療（人工授精）を行った場合は下記にもご記入ください。

今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
保険適用外負担額 (薬局徴収分含む)	円