

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 ⑩

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								
○ 治療内容について該当箇所に記入してください。 ・ 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(実施・未実施) 検査 抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング） あり ・ なし 夫婦染色体検査 あり ・ なし 抗リン脂質抗体検査（選択的検査） あり ・ なし 血栓性素因スクリーニング検査 あり ・ なし 絨毛染色体検査 あり ・ なし 治療 低用量アスピリン療法 あり ・ なし ヘパリン療法 あり ・ なし その他 () ・ そ の 他 <tr><td colspan="5"> ○ 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。 受領した医療費の額 円 </td></tr>					○ 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。 受領した医療費の額 円				
○ 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。 受領した医療費の額 円									

※上記の受領した医療費額のうち不育症治療を行った場合は下記にも記入してください。

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

