不妊治療受診証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療を実施し、これにかかる医療費(本人負担額)を徴収したことを証明します。

　　年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄**（主治医がご記入ください。）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | | 夫 |  | | 妻 |  | |
| 受診者生年月日 | | 年　 月　 日（　歳） | | 年　 月　 日（　歳） | |
| 貴医療機関における治療開始年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 今回の治療期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。  　□不妊症スクリーニング検査　　　　　　　　　□精液検査  　□タイミング療法　　　　　　　　　　　　　　□精巣精検  　□排卵誘発法　　　　　　　　　　　　　　　　□人工授精（　　　回）  　□手術療法（方法　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 院外処方の有無 （□有り・□なし） | | | | | | | |
| 本人負担額の内訳 | 区　分 | | 医療機関徴収分 | | | | 薬局徴収分 |
| 保険診療分 | | 保険診療適応外の  本人負担額② | | 本人負担額③ |
| 医療費総額 | 本人負担額① |
| 年3月分 | |  |  |  | |  |
| 年4月分 | |  |  |  | |  |
| 年5月分 | |  |  |  | |  |
| 年6月分 | |  |  |  | |  |
| 年7月分 | |  |  |  | |  |
| 年8月分 | |  |  |  | |  |
| 年9月分 | |  |  |  | |  |
| 年10月分 | |  |  |  | |  |
| 年11月分 | |  |  |  | |  |
| 年12月分 | |  |  |  | |  |
| 年1月分 | |  |  |  | |  |
| 年2月分 | |  |  |  | |  |
| 【今回の治療にかかった金額合計】  　　　　　領収金額　　　　　　　　　　　　円（上記負担金①②③の合計額） | | | | | | | |