

不妊治療受診等証明書

下記の者について、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

実施医療機関 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	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	治療内容及び領収金額 ※治療内容に○または内容記載、治療中断の場合経過についても記入してください。				
	【保険適用】				
	治療内容		領収金額		備考
	(1) 一般不妊治療 ①タイミング療法 ②人工授精 (2) 生殖補助医療 ①体外受精 ②顕微授精 ③男性不妊の手術		円		
【保険適用外】					
(1) 先進医療					
治療内容		領収金額	実施日	備考	
P I C S I		円	年 月 日		
タイムラプス		円	年 月 日		
子宮内細菌叢検査		円	年 月 日		
S E E T 法		円	年 月 日		
子宮内膜受容能検査		円	年 月 日		
子宮内膜スクラッチ		円	年 月 日		
I M S I		円	年 月 日		
二段階胚移植法		円	年 月 日		
子宮内フローラ検査		円	年 月 日		
マイクロ流体技術を用いた精子選別		円	年 月 日		
		円	年 月 日		
(2) その他				円	
【その他（不妊治療に含まない）】				円	

○この申請書は、原則1回の治療につき1枚記入してください。

○治療1回とは 一般不妊治療：月経開始日から次の月経開始の前日まで
 生殖補助医療：採卵から胚移植までの一連の検査及び治療