

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	※治療内容に○をしてください。 ※治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。 【保険適用】 (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 【保険適用外】 (1) その他			
	領収金額	【保険適用】 円 【保険適用外】 円			