

不育症治療受診等証明書

下記の者について、不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険外診療分）を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

記

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)	
不育症治療が必要な理由				
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
検査及び治療内容	該当するものにチェックし、詳細について、カッコ内に記載してください。 1 検査内容 子宮の形態検査 () 内分泌検査 () 夫婦染色体検査 () 抗リン脂質抗体 () その他 () 2 治療内容 子宮形態異常 () 内分泌異常 () 染色体異常 () 抗リン脂質抗体症候群 () その他 ()			
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る。] <p style="text-align: center;">領収金額 _____ 円</p> 注) 差額ベッド代、食事代、文書料等に係る費用を除く。			