

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。）

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。] 領収金額 _____ 円			
注) 差額ベッド代、食事代、文書料等に係る費用を除く。				