

一般不妊治療支援事業 受診証明書

下記の者について、不妊検査・一般不妊治療を実施し、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

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

受診者	夫	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	妻	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
他院からの継続 治療等の有無	有 ・ 無						
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
上記の期間中に実施した不妊検査・一般不妊治療							
<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 卵管通気(通水)検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 子宮内膜組織検査 <input type="checkbox"/> 月経血培養検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 卵管鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 一般精液検査 <input type="checkbox"/> ハムスターテスト <input type="checkbox"/> 精巣検査 <input type="checkbox"/> 精管精嚢造影検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法() <input type="checkbox"/> その他()							
特記事項							
領収金額等	領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日 _____ 円 (本人負担額の合計金額を記入してください)						

※入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料は対象外です。

※特定不妊治療(体外受精、顕微授精など)にかかる費用は対象外です。

※院外処方がある場合、薬局の領収書から本人負担額を、上記の領収金額に含めて記載をしてください。