

様式第2号（第6条関係）

不妊治療受診等証明書

下記の者については、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
名称及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

夫	ふりがな	妻	ふりがな		
	氏名		氏名		
	生年月日		生年月日		
治療区分にレ点を入れてください。		領収金額 (保険適用分のみ記入)		治療期間	
治療種別	<input type="checkbox"/> タイミング療法	円	年 月 日～ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 薬物療法	円	年 月 日～ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 人工授精	円	年 月 日～ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 体外受精	円	年 月 日～ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 顕微授精	円	年 月 日～ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日～ 年 月 日		
合計金額		円			

備考

- 1 当該患者に対して行った不妊治療に関し、領収書から保険適用の実費負担額を記入してください。
- 2 院外処方がある場合は、薬局徴収分又は薬局徴収分に薬局の領収書から保険適用の実費負担額を転記してください。
- 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、含まないでください。