

不妊・不育症治療受診等証明書

下記の者については、不妊・不育症治療を実施し、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 所在地
名 称

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)
今回行った治療内容について、該当箇所を記入してください。日程、経過等は余白に記入してください。 ・タイミング療法（実施 (回) ・未実施） ・排卵誘発法（実施 (回) ・未実施） ・人工授精（実施 (回) ・未実施） ・体外受精（実施 (回) ・未実施） ・顕微授精（実施 (回) ・未実施） ・手術療法（実施・未実施）（手術方法) ・不育症治療（内容) ・その他 ()				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	円 （うち人工授精に係る金額 円） （うち TESE、MESA 等の男性不妊治療に係る金額※ 円）			

※主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記入してください。