

不妊治療医療機関受診証明書

年 月 日

珠洲市長

医療機関

住所

名称

代表者

電話番号

印

下記のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

受診者氏名	男・女	年 月 日生
医療機関における不妊治療開始年月日	年 月 日	
()年度における診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
不妊治療に係る保険診療適用外の治療のうち体外受精・顕微授精の一環として行われたものの負担額 _____ 円		
不妊治療に係る保険診療適用外の治療のうち体外受精・顕微授精以外として行われたものの負担額 _____ 円		
治療内容 <input type="checkbox"/> タイミング療法 (不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹空 (子宮) 鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 (_____) <input type="checkbox"/> 検査 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		

※不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。