

不妊治療受診証明書

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領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

主治医氏名

㊦

記

医療機関記入欄

	氏 名	生 年 月 日
夫		昭和 平成 年 月 日
妻		昭和 平成 年 月 日
今回の申請に係る不妊治療について、該当箇所に記入してください。		
1 体外受精	(回)実施	〔治療期間：1回目 ～ 2回目 ～ 3回目 ～〕
2 顕微授精	(回)実施	〔治療期間：1回目 ～ 2回目 ～ 3回目 ～〕
3 凍結胚移植 (採卵を伴わないもの)	(回)実施	〔治療期間：1回目 ～ 2回目 ～ 3回目 ～〕
4 採卵したが卵が得られない又は状態のよい卵が得られないため中止	(回)実施	
5 人工授精	(回)実施	
6 タイミング療法	(回)実施	
7 排卵誘発法	(回)実施	
今回申請の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
領収年月日	年 月 日～ 年 月 日	
	領収金額 1～2の治療費	円
	3～4の治療費	円
	5～7の治療費	円

