

不育症治療受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称  
及び所在地  
主治医氏名

印

(ふりがな) 受診者 氏名	夫		生年 月日	年 月 日( 歳)
	妻			年 月 日( 歳)
不育症治療が 必要な理由				
主な検査・ 治療内容				
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
治療費		治療にかかった費用の合計金額 円		
備考				

備考

- 1 主治医が記入してください。
- 2 治療費は、国民健康保険法及び医療保険各法の規定に基づく保険給付が適用されない不育症治療に係る費用（検査を含む。）とし、入院時の差額ベッド代、食事代等及び文書料等は、含みません。
- 3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する不育症治療実施医療機関等以外の医療機関等で不育症治療を行った場合は、主治医が患者から不育症治療の領収書の提出を受け、その金額を含めた額を記載してください。