

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

1 不育症治療（流産検体を用いた染色体検査を除く。）に係る証明

(ふりがな) 受診者氏名	夫		生	年	月	日	(歳)
	妻		年	月	日	(歳)	
主な検査・ 治療内容							
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
領収金額	円						
備考							

2 流産検体を用いた染色体検査に係る証明

当医療機関は、流産検体を用いた染色体検査を実施する医療機関として厚生労働大臣に届出をしている医療機関であって、保険適用となっている不育症に関する治療及び検査を受診者（当該患者）に対して保険適用で（ 実施している ・ 実施していない）。

(ふりがな) 受診者氏名		生	年	月	日	(歳)
		年	月	日		
検査実施日	年 月 日 ~ 年 月 日					
領収金額	円					
備考						

備考

- 主治医が記入してください。
- 領収金額は、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（検査を含む。）に係る費用とし、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。
- 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、その金額を含めた領収金額を記載してください。