

不妊検査及び一般不妊治療受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名

	夫			妻		
フリガナ						
氏名						
生年月日	年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)		
診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日 ~ 年 月 日		
検査内容	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 精子受精能検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他 ()		
治療内容	<input type="checkbox"/> 待機療法（タイミング指導） <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法 手術の内容 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
院外処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬局名 ()					
院外処方を行った日	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
領収金額	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
	円	円	円	円	円	円
合計 _____ 円						

備考

- 診療期間は、治療開始日から妊娠判定日、医師の判断による治療終了日又は特定不妊治療に移行した日までの期間を記入してください。
- 領収金額の保険診療分の欄は、保険診療のうち受診者の自己負担額を記入してください。
- 入院時食事療養費、差額ベッド代、文書料及び処方箋によらない医薬品等の購入費は、補助対象外のため、除いてください。
- 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治療を行った場合及び院外処方がある場合は、主治医が患者からその領収書の提出を受け、その金額を含めて記載してください。