

## 不妊検査及び一般不妊治療受診等証明書

## 記入例

令和3年11月1日

医療機関の名称 **水戸市産婦人科クリニック**  
及び所在地 **水戸市笠原町993-13**  
主治医氏名 **医師 太郎**

	夫	妻				
フリガナ	<b>ミト オセロ</b>	<b>ミト オセコ</b>				
氏名	<b>水戸 御世郎</b>	<b>水戸 御世子</b>				
生年月日	<b>平成3年8月8日（30歳）</b>	<b>平成2年7月7日（31歳）</b>				
診療期間	<b>令和3年10月1日 令和3年10月20日</b>	<b>令和3年10月1日 令和3年11月1日</b>				
検査内容	<input checked="" type="checkbox"/> 精液検査 <input checked="" type="checkbox"/> 内分泌検査 <input checked="" type="checkbox"/> 画像検査 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 超音波検査 <input checked="" type="checkbox"/> 内分泌検査 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症検査 <input checked="" type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 薬物療法 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
院外処方	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬局名（ <b>水戸市薬局</b> ）					
院外処方を行った日	年 月 日	<b>令和3年10月1日</b>				
	年 月 日	<b>令和3年10月6日</b>				
	年 月 日	<b>令和3年10月13日</b>				
	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
	<b>0</b> 円	<b>5,000</b> 円	<b>5,000</b> 円	<b>5,430</b> 円	<b>37,000</b> 円	<b>42,430</b> 円
		合計	<b>47,430</b>	円		

院外処方がある場合

薬局名と院外処方を行った日を記入してください

この記入例の場合

18,100円（1,810点）の3割自己負担で5,430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。