

様式第2号（第5条関係）

不妊治療等受診等証明書

次の者に対し、必要と認める不妊治療等を実施し、これに係る治療費を受診者から受領したことを証明します。

区分	ふりがな 受診者氏名	生年月日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
不妊治療等の期間と 受領した治療費の額	年 月 日 ～ 年 月 日	①、②、③の合計額 _____円
①一般不妊治療	年 月 日 ～ 年 月 日	_____円
②特定不妊治療	年 月 日 ～ 年 月 日	_____円
③不育症治療	年 月 日 ～ 年 月 日	_____円
<p>不妊治療方法</p> <p>人工授精（ 回）・タイミング療法・排卵誘発療法・手術療法・薬物療法 体外受精（ 回）・顕微授精（ 回）・その他（ ）</p> <p>不育症検査</p> <p>抗リン脂質抗体検査（1次スクリーニング）・夫婦染色体検査・抗リン脂質抗体検査 血栓性素因スクリーニング検査・絨毛染色体検査</p> <p>不育症治療</p> <p>低用量アスピリン療法・ヘパリン療法</p> <p>治療内容及び経過</p>		

(注)

- 1 院外処方がある場合は、薬局の領収書の本人負担額を治療費の額に含めて記入してください。
- 2 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。

年 月 日

所在地  
医療機関名称  
主治医氏名