

沼津市不妊・不育症治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療又は不育症治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法 ※該当する治療すべてにレ点をしてください。	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療（人工授精） <input type="checkbox"/> 特定不妊治療（体外受精・顕微授精） <input type="checkbox"/> 特定不妊治療におけるTESE、MESA等の男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育症治療			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の治療経過について（治療を中断した場合はその経過についても）ご記入ください。				
区分	実費負担額			
	保険適用分①		保険適用外②	
一般不妊治療	円		円	
一般不妊治療 （人工授精）	円		円	
特定不妊治療 （体外受精・顕微授精）	円		円	
特定不妊治療における TESE、MESA等の男性不妊治療	円		円	
不育症治療	円		円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕				
保険適用分		円	保険適用外	
			円	
領収金額		円（上記実費負担額①～②の合計額となります。）		

注1 当該患者に関して行った不妊・不育症治療に係るもののみご記入ください。

2 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

