

不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

(宛先)向日市長

医療機関等
住 所
名 称
代 表 者
電 話 番 号

※上記が自署でない場合は押印が必要です。

下記のとおり不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受療者氏名	()	生年月日	年 月 日	
(ふりがな) 配偶者氏名	()	生年月日	年 月 日	
病 名 (不妊症の原因疾患名)		不妊治療開始年月日	年 月 日	
年度における診療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担額	円	
本人負担等の内訳	保険診療分			先進医療の 本人負担金額
	区分	診療点数	負担金額	
	年 月分	点	円	円
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法 (不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 () <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査 (治療の一環によるものに限る。) <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	先進医療 <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜菌叢検査 <input type="checkbox"/> その他 < >			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認 [薬局の場合は、記載不要です。]			
特記事項				

