

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

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	（ ）
		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
受診者生年月日				
今回の治療方法 ※「実施したすべての治療方法」及び「先進医療の実施の有無」についてレ点をご記入ください。	<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"/> 生殖補助医療（体外受精・顕微授精） <input type="checkbox"/> 生殖補助医療におけるTESE、MESA等の男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育症治療 今回の治療で先進医療を実施した <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
限度額適用認定の有無（有の場合は利用開始年月を含む）についてレ点をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月から） <input type="checkbox"/> 無				
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	
生殖補助医療 （体外受精・顕微授精）	円		円	
生殖補助医療における 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。