

受診証明書

次の者について、不妊検査・不妊・不育治療（又はその調剤）を実施し、これに係る検査・治療（調剤）費等の本人負担額を受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称 印

電 話 番 号

(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)
貴医療機関における 治療開始年月日		年 月 日		
今診療の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
本人負担（領収）金額		保険適用		
		保険適用外		
		領収金額合計		
治療内容 (該当の箇所○をしてください。)	不妊検査・ 一般不妊 治療 ()	☐ タイミング療法 ☐ 排卵誘発法 ☐ 人工授精 ☐ 腹腔鏡手術 ☐ その他の手術 ☐ 検査(診断および治療のために必要なものに限る) ☐ その他		
	特 定 不 妊 治療 ()	治療方法 ☐ 1 体外受精 ☐ 2 顕微授精 治療内容 ☐ A 新鮮胚移植を実施 ☐ B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合） ☐ C 以前に凍結した胚による胚移植を実施 ☐ D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了 ☐ E 授精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止 ☐ F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止		
	不育治療 ()	主な治療内容をご記入下さい。		

* 当該患者に関して行った、一般不妊検査や治療等に係るものをご記入ください。（文書料を含みます。） 入院時の差額ベッド代や食事代など直接治療に関係ないものは含みません。

* 証明内容について、本人同意のもと三次市健康推進課職員が問合わせする場合があります。