

不妊治療費医療機関証明書

年 月 日

南相馬市長

所在地
 名称
 主治医氏名
 担当者
 電話番号

下記の方について、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日(歳)	妻	年 月 日(歳)
今回の治療方法	該当する番号に○をつけてください。 1 不妊症の検査 2 一般不妊治療(タイミング法・人工授精等) 3 生殖補助医療(体外受精) 4 生殖補助医療(顕微授精) 5 先進医療 6 男性不妊治療 7 特定不妊治療(保険適用外)			
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
○今回の治療内容について記入してください。治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。				
今回の治療結果	該当する番号に○をつけてください。 (1)妊娠した (2)妊娠せず (3)治療中止 (4)その他()			
不妊治療の一部を他の医療機関に依頼した場合の医療機関名				
院外処方による投薬がある場合の投薬内容				
治療期間における領収金額 _____ 円 先進医療における領収金額 _____ 円 男性不妊治療における領収金額 _____ 円 注) 文書料、室料、食事療養費等直接治療に要しない費用を除く				