

不妊治療受診等証明書

次の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称
主治医氏名

印

*医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(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)
医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
不妊治療検査内容				
区 分	領収金額			
年 1月分	円			
年 2月分	円			
年 3月分	円			
年 4月分	円			
年 5月分	円			
年 6月分	円			
年 7月分	円			
年 8月分	円			
年 9月分	円			
年 10月分	円			
年 11月分	円			
年 12月分	円			
(今回の治療に要した金額合計)				
領収金額	円 *実費（保険適用・保険適用外）負担額			

- (注) 1 当該患者に関して行った不妊治療に係るもののみ記入してください。
2 文書料及び個室料等の治療に直接関係のない費用は含まないでください。