

様式第2号(第7条関係)

一般不妊治療支援事業受診証明書

下記の者について、不妊検査・一般不妊治療を実施し、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。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在

主治医氏名

印

|   |   |    |      |          |   |   |   |
|---|---|----|------|----------|---|---|---|
| 受診者   | 夫   | 氏名 | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 |
|   | 妻   | 氏名 | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 |
| 他院からの継続<br>治療等の有無   | 有 ・ 無   |    |      |          |   |   |   |
| 今回の治療期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日   |    |      |          |   |   |   |
| 上記の期間中に実施した不妊検査・一般不妊治療  |   |    |      |          |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 卵管通気(通水)検査<br><input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 子宮内膜組織検査 <input type="checkbox"/> 月経血培養検査<br><input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 卵管鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査<br><input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 一般精液検査 <input type="checkbox"/> ハムスターテスト <input type="checkbox"/> 精巣検査<br><input type="checkbox"/> 精管精嚢造影検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精<br><input type="checkbox"/> 手術療法<br>( )<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |   |    |      |          |   |   |   |
| 特記事項  |   |    |      |          |   |   |   |
| 院外処方の有無   | 有 ・ 無   |    |      |          |   |   |   |
| 領収金額等   | 領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日<br>_____ 円<br>(本人負担額の合計金額を記入してください) |    |      |          |   |   |   |

※入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料は対象外です。

※特定不妊治療(体外受精、顕微授精など)にかかる費用は対象外です。

※院外処方がある場合、薬局の領収書から本人負担額を、上記の領収金額に含めて記載をしてください。