

不妊治療受診等証明書

下記の者については、妊娠の見込みがない又は妊娠の見込みが少ないと診断され、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関の名称
主治医氏名

㊟

【医療機関記入欄】

	夫	妻		
(フリガナ) 氏名	()	()		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		
今回の申請に係る不妊治療について、該当箇所に記入して下さい。				
1.体外受精	実施回数 回	治療期間	1回目	～
			2回目	～
			3回目	～
2.顕微授精	実施回数 回	治療期間	1回目	～
			2回目	～
			3回目	～
3.凍結胚移植 (採卵を伴わないもの)	実施回数 回	治療期間	1回目	～
			2回目	～
			3回目	～
4.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			実施回数	回
5.人工受精			実施回数	回
6.タイミング療法			実施回数	回
7.排卵誘発法			実施回数	回
8.男性不妊治療			実施回数	回
今回の申請の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
治療区分	領収年月日			領収金額
1～2の治療費	年 月 日 ～ 年 月 日			円
3～4の治療費	年 月 日 ～ 年 月 日			円
5～7の治療費	年 月 日 ～ 年 月 日			円
8の治療費	年 月 日 ～ 年 月 日			円