

不妊治療受診証明書

	氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
上記患者に実施した不妊治療について、該当するものに記入してください。		
	不妊治療の内容	実施回数
		治療費 (領収金額)
1	体外受精	回 円
2	顕微授精	回 円
3	精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術	回 円
4	凍結胚移植（採卵を伴わないもの）	回 円
5	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	回 円
6	人工授精	回 円
7	タイミング療法	回 円
8	排卵誘発法	回 円
9	1～5の生殖補助医療と併用して行った先進医療	回 円
申請に係る 治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
領収した期 間及び領収 金の合計額	年 月 日～ 年 月 日	
	領収金の合計額 円	

枕崎市長 殿

上記のとおり不妊治療を実施し、これに係る治療費を上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

所在地  
医療機関名  
主治医氏名

印