

年 月 日

鹿角市長

様

(医療機関) 住 所
名 称
代 表 者
電 話 番 号

印

一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、不妊の治療を行っていることを証明します。

氏名	夫		生年月日	年	月	日
	妻		生年月日	年	月	日
住 所	〒			連絡先		
初 回 受 診	年 月 日					
今 年 度 治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日					
検 査 ・ 治 療 内 容	チェック又は記入してください					
	検査内容			治療内容		
	<input type="checkbox"/>	精液検査	<input type="checkbox"/>	タイミング療法 (回)		
	<input type="checkbox"/>	ホルモン検査	<input type="checkbox"/>	排卵誘発法 (回)		
	<input type="checkbox"/>	子宮卵管造影	<input type="checkbox"/>	人工授精 (回)		
	<input type="checkbox"/>	クラミジア抗体検査	<input type="checkbox"/>	その他 〔 〕		
<input type="checkbox"/>	その他 ()					
今年度不妊治療にかかった金額 (医療機関本人負担額)	_____ 円					
院 外 処 方	有 ・ 無					
特 記 事 項						

- 1 一般不妊治療に関する費用についてのみご記載ください。(特定不妊治療は除く)
- 2 他の医療機関への紹介、治療中断等、規定以外の事由が発生した場合は、特記事項にご記載ください。
- 3 文書料、入院時食療養費、個室料等は金額に含みません。