様式第３号（第７条関係）

不妊治療支援事業受診証明書（一般）

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

医療機関の所在地

主 治 医 氏 名　　㊞

受診者	夫	氏名		生年月日	年　月　日
	妻	氏名		生年月日	年　月　日
今回の治療期			年　月　日　～		年　月　日

上記期間中に実施した不妊検査・一般不妊治療

□超音波検査　□ホルモン検査　□子宮卵管造影検査　□卵管通気検査
□頸管粘液検査　□フーナーテスト　□子宮内膜組織検査　□月経血培養検査
□腹腔鏡検査　□卵管鏡検査　□子宮鏡検査　□抗精子抗体検査
□染色体検査　□一般精液検査　□ハムスターテスト　□精巣検査
□精管精嚢造影検査　□タイミング療法　□薬物療法　□人工授精
□手術療法（　　）
□その他（　　）

診療月	保険診療分	自費分	区分	診療日数	院外処方
年　月分			入院・外来	日	有・無
年　月分			入院・外来	日	有・無
年　月分			入院・外来	日	有・無
年　月分			入院・外来	日	有・無
年　月分			入院・外来	日	有・無
年　月分			入院・外来	日	有・無
領収金額（診療費等）	金　　円 領収年月日　年　月　日～　年　月　日				

※ 入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料は対象外です。

※ 生殖補助医療（体外受精，顕微授精など）にかかる費用は対象外です。