

年 月 日

主治医氏名

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()		妻	()	
受診者生年月日		年	月	日 (歳)		年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日			
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日				
◎当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください(注1,2)。						
☐ 不妊症スクリーニング検査 ☐ 精液検査 ☐ タイミング療法 ☐ 精巣生検 ☐ 排卵誘発法 (回) ☐ 人工授精 (回) ☐ 手術療法 (手術方法) ☐ その他 ()						
・院外処方の有無 (☐ あり(注3) ・ ☐ なし)						
本人負担額の 内訳	区 分	医療機関徴収分			薬局徴収分	
		保険診療分		保険診療以外(保険適用と同様の治療に限る(注4))の 本人負担額 ②	本人負担額 ③	
		医療費総額	本人負担額 ①			
	年 月分	円	円		円	
	年 月分	円	円		円	
	年 月分	円	円		円	
	年 月分	円	円		円	
	年 月分	円	円		円	
	年 月分	円	円		円	
	年 月分	円	円		円	
	年 月分	円	円		円	
	年 月分	円	円		円	
	年 月分	円	円		円	
	〔今回の治療にかかった金額合計〕					
	領収金額		円 (上記本人負担額①～③の合計額となります。)			

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみご記入ください。
- 2 ☐は該当項目をチェックしてください。
- 3 院外処方の有無が「あり」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」への薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。