

不妊検査受検証明書

下記の者については、不妊症を診断するための検査（保険診療の対象となる検査を除く。）を実施し、当該検査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

所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

	夫	妻
（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	（ ）
受診者生年月日	月 日（ 歳）※1	月 日（ 歳）※1
検査期間 ※2	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
実施した医療技術 ※3 （該当項目に☑）	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
患者負担額合計 （領収金額）	円	円

※1 検査開始日時点の年齢を記入してください。

※2 不妊症の判断のために必要と認めた検査（一般不妊治療、特定不妊治療及び不育症の治療のための検査並びに婦人科検診を除く。）を行った期間を記入してください。

※3 実施した医療技術に記載の項目以外の検査については、「その他」欄に記入してください。