

柏崎市不妊治療受診証明書

下記の者について、不妊治療（保険適用）以外の治療法によっては、妊娠の見込みがない又は少ないと思われるため、治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

柏崎市 市長 様

医療機関

所在地

名称

主治医氏名



記

医療機関記入欄（治療に関する事項については主治医が御記入ください。）

氏名 生年月日	夫	年 月 日 ( 歳)	妻	年 月 日 ( 歳)										
<p>不妊治療の内容及び要した費用 ※不妊治療を行うに当たり行った検査を含む。 ※保険適用外は除く。</p>		<p>治療方法の該当箇所に☑を記入してください。</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 検査</td> <td><input type="checkbox"/> 体外受精</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タイミング療法</td> <td><input type="checkbox"/> 顕微授精</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 排卵誘発法</td> <td><input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 人工授精</td> <td><input type="checkbox"/> 男性不妊治療</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td></td> </tr> </table> <p>治療に要した費用（医療保険各法の適用を受ける治療）</p> <p>自己負担額 _____ 円</p> <p>(薬局代 _____ 円を含む。)</p>			<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> タイミング療法	<input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 排卵誘発法	<input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植	<input type="checkbox"/> 人工授精	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 体外受精													
<input type="checkbox"/> タイミング療法	<input type="checkbox"/> 顕微授精													
<input type="checkbox"/> 排卵誘発法	<input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植													
<input type="checkbox"/> 人工授精	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療													
<input type="checkbox"/> その他 ( )														
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日												

※上記治療に係る領収額及び費用の明細を確認できる医療機関が発行した書類(領収書及び診療明細書など)を添付してください。