

不妊症診断検査受診等証明書

下記の者については、不妊症の診断のため検査を実施し、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

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな	夫		妻	
受診者氏名				
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の検査方法 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体 <input type="checkbox"/> 抗核抗体検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> ヒューナー検査 <input type="checkbox"/> 卵管造影検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> その他()				
今回の検査期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額	円（*）			

* 不妊症診断検査に要した費用のうち、初診料・再診料を除いた金額を記入してください。