

不妊検査受診等証明書

下記の者については、不妊検査を実施し、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				
受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
実施した 検査内容	男性の検査 ☐ 精液検査 ☐ 泌尿器科的検査 ☐ 血液検査（ホルモン検査等） ☐ その他 ・ ・ ・		女性の検査 ☐ 超音波検査 ☐ 血液検査（ホルモン検査等） ☐ 子宮卵管造影検査 ☐ 抗ミューラー管ホルモン検査 ☐ その他 ・ ・ ・	
今回の検査期間	年 月 日～ 年 月 日			
領収金額	円 ※			

※領収金額（食事代、個室代、容器代、文書料等除く）を記載してください。

※夫と妻が同じ医療機関で検査を受けた場合は、1枚の用紙にまとめて記入してください。

異なる医療機関で検査を受けた場合は、医療機関ごとに用紙を分けて記入してください。

※妻の年齢が43歳に達するまでに受けた検査が対象となります。