

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日		夫	年　月　日（　歳）						主治医氏名			
		妻	年　月　日（　歳）									
治療の実施状況		☐ タイミング療法 ☐ 人工授精____回 ☐ 体外受精（胚移植）____回 ☐ 男性不妊の手術 ☐ 先進医療（　　　　　　　　　　　　　　　） ☐ 検査（　　　　　　　　　　　　　　　） ☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　）							妊娠の有無		☐ 無し・ ☐ 有り 妊娠判定日（　年　月　日）	
今回の治療期間		年　月　日　～　年　月　日							○院外処方の有無（ ☐ 有り・ ☐ 無し）			
本人負担額の内訳	区分	一般不妊治療(不妊検査・一般不妊治療・人工授精)						生殖補助医療(体外受精・顕微授精・男性不妊・先進医療)				
		医療機関徴収分		薬局徴収分		医療機関徴収分		薬局徴収分				
		保険診療分	保険外診療分	保険診療分	保険外診療分	保険診療分	保険外診療分(先進医療のみ)	保険診療分	保険外診療分(先進医療のみ)			
	年３月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年４月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年５月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年６月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年７月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年８月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年９月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年１０月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年１１月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年１２月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年１月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	年２月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
小計	①円	②円	③円	④円	⑤円	⑥円	⑦円	⑧円				

先進医療

※先進医療の場合は下記の太枠も記入してください。

領収金額 円

治療1回目(1期間目)

一連の治療期間（保険診療・先進医療を含む治療期間）	年 月 日から	年 月 日まで
先進医療の治療・技術名	実施日	領収金額
		円
		円
		円

※一連の治療期間が2回目以上の場合は次のページへ

※注4 先進医療を実施した場合は必ず右記の欄も記入してください。2月までに治療が終了していない場合は、治療期間の終了日は空欄にしてください。

治療2回目(2期間目)	一連の治療期間（保険診療・先進医療を含む治療期間）	年 月 日から 年 月 日まで	
	先進医療の治療・技術名	実施日	領収金額
			円
			円
			円

治療3回目(3期間目)	一連の治療期間（保険診療・先進医療を含む治療期間）	年 月 日から 年 月 日まで	
	先進医療の治療・技術名	実施日	領収金額
			円
			円
			円

治療4回目(4期間目)	一連の治療期間（保険診療・先進医療を含む治療期間）	年 月 日から 年 月 日まで	
	先進医療の治療・技術名	実施日	領収金額
			円
			円
			円