



《注意事項》

- ①当該患者に関して行った不妊検査及び一般不妊治療に係るもののみご記入ください。
- ②食事療養費標準負担額、個室料など、不妊検査及び不妊治療に直接関係のない費用は対象外のため、含めないでください。

不妊原因を調べるための検査に要した費用(治療の一環として行った検査は含めないでください)

診療月	夫(氏名 保険診療自己負担額)	妻(氏名 保険診療自己負担額)
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合計	円	円

一般不妊治療に要した費用(治療の一環として行った検査を含む)

診療月	夫(氏名 保険診療自己負担額)	妻(氏名 保険診療自己負担額)
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合計	円	円

※薬局のみご記入ください。

処方依頼のあった医療機関名 \_\_\_\_\_