

年 月 日

印

ふりがな 受診者氏名	夫			妻		
		年	月	日生（ 歳）		年 月 日生（ 歳）
【保険診療で実施した治療】 今回の治療期間	（開始） 年 月 日 ～（終了） 年 月 日					
	・保険適用による1回目の治療開始時（※2）の妻の年齢（ 歳）					
【保険診療で実施した治療】 今回の治療内容	（実施した生殖補助医療に係る治療で該当するものすべてに✓を付けてください。）					
	☐ 採卵術 ☐ 授精（ ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精） ☐ 受精卵・胚培養 ☐ 胚凍結 ☐ 胚移植術（ ☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結・融解胚移植）					
	☐ 精巣内精子採取術（行った手術療法： ） ☐ Y染色体微小欠失検査					
【保険診療で実施した治療】 診療月ごとの保険診療分に係る医療費等	診療年月	自己負担額 （窓口負担額）	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 （限度額適用認定証の提示等により確認が取れている場合は、適用区分又は限度額を記入してください。）			未確認の場合は、✓を付けてください。
	生殖補助医療（妻の治療）					
	令和 年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認		
	令和 年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認		
	令和 年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認		
	令和 年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認		
	令和 年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認		
	令和 年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認		
	(妻)保険診療分の合計額		円			
	男性不妊治療（夫の治療）					
	令和 年 月分		適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認		
	令和 年 月分		適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認		
(夫)保険診療分の合計額		円				
【保険診療で実施した治療】 院外処方	保険診療分の 院外処方合計額 円		総合計額 円			

