

印

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()	
受診者生年月日		昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○を付けてください その他 妊娠 有 無			AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術方法を記載してください 〔 〕			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
今回の治療期間※1	年 月 日 ~				年 月 日※3
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※2 ()				無
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計※保険診療に限る]				
	特定不妊治療費 (男性不妊治療費除く)				領収金額 円
	男性不妊治療費				領収金額 円

※1) 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

※2) 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

※3) 治療終了月（網かけの部分）から6か月以内が申請期限のため、速やかな証明書発行をお願い致します。