



(裏面)

※今回の検査・治療のうち、次に該当するものがありましたらご記入ください。

【保険適用外のペア検査（妻と夫の初回受診の間隔が3か月以内）】

今回の検査内容							
今回の検査期間※	年 月 日 ~	今回の検査による 治療の必要性の有無			今回の検査による 不妊治療の有無		
	年 月 日	有	無	不明	有	無	不明
領収年月日 及び 領収金額	年 月 日 ~ 年 月 日	※保険適用外の医療費のみ記載					円

※ 検査期間については、初診の日から検査終了日までを記載してください。