

各種保険会社診断書（証明書）記入依頼書

依頼日： 年 月 日

診察券番号： 氏名：

- ・診断書1通につき、手術は**4回分**までの記載になります。
※手術の回数とは採卵術・移植術を1回ずつ施行した場合、手術2回分の記載となります。
- ・5回目以降は別途費用5,500円請求させていただきます。
- ・万が一給付されなかった場合、当院から診断書代5,500円は返金出来かねますのでご了承ください。

【保険】

◇手術：採卵術/移植術

- ・管理料、先進医療(SEET法・タイムラプス)も付随して記載させていただきます。

	手術名	日付（早い順にご記入ください）
①		年 月 日
②		年 月 日
③		年 月 日
④		年 月 日

◇先進医療のみ希望の方はこちらにチェック☒をお願いします。 ☐先進医療のみ記載希望

◇その他

下記、手術は特定不妊と同じ用紙に記入することはできません。

ご希望の場合は別途用紙をご準備くださいませ。

子宮内膜搔爬術(K861)	年 月 日
流産手術(K909)	年 月 日

【自費】

◇手術：採卵/胚移植

※手術名に**自由診療**と記載させていただきます

	手術名	日付（早い順にご記入ください）
①		年 月 日
②		年 月 日
③		年 月 日
④		年 月 日

※**自費診療の方は先進医療として記載することはできません。**

※採卵術・移植術以外の処置を記入したい場合は下記余白に記載ください。

例：媒性+培養、凍結も記載希望