保険会社診断書　記入依頼書

申込日　　年　　月　　日	ＩＤ	氏　名

● 記入内容（該当する手術の□に✓をいれて、実施日の記入をお願いします）

	人工授精 K884-2	①令和　年　月　日	②令和　年　月　日	③令和　年　月　日
		④令和　年　月　日	⑤令和　年　月　日	⑥令和　年　月　日
	採卵術 K890-4	①令和　年　月　日	②令和　年　月　日	③令和　年　月　日
	体外受精・顕微授精管理料（保険診療のみ） K917	①令和　年　月　日	②令和　年　月　日	③令和　年　月　日
	受精卵・胚培養管理料（保険診療のみ） K917-2	①令和　年　月　日	②令和　年　月　日	③令和　年　月　日
	胚凍結保存管理料（保険診療のみ） K917-3	①令和　年　月　日	②令和　年　月　日	③令和　年　月　日
	胚移植術 K884-3	①令和　年　月　日	②令和　年　月　日	③令和　年　月　日
		④令和　年　月　日	⑤令和　年　月　日	⑥令和　年　月　日
	卵管鏡下卵管形成術（FT） K890-2	令和　年　月　日		
	子宮内膜掻爬術 K861	令和　年　月　日		
	流産手術 K909-1	令和　年　月　日		
	その他（　　）	令和　年　月　日		

● 注意事項

・診断書代　**5000円**

・**当院で実施する手術は、外来手術となります。**（**日帰り入院など、入院での手術の記入はできません。**）

・書類作成には2週間ほどお時間をいただいております。

・同一手術を複数回された場合は、記入を希望される手術の実施日を全てご記入ください。

・手術の記入欄が不足する場合、余白または裏面に記入いたします。
余白、裏面への記入が不可の場合は、診断書を必要枚数ご用意ください。記入方法は加入されている保険会社にお問い合わせください。記入方法により、1枚につき5000円のご負担が発生する場合がございます。

上記注意事項の内容に同意します	署名

● 書類の返却方法について

□ **次回診察日に返却を希望する**

※書類が出来上がった旨の連絡はいたしません。
できるだけ診察日での返却にご協力をお願いいたします。

□ **書類記入後、当院からの電話連絡を希望する**

連絡先　（　　－　　－　　）

当院記入欄

□　記入済　　受付（　　）　Dr確認済（　　）

□　スキャン済

□　電話連絡済　（　/　）

預かり日	
担 当 者	