

# 治療ステージA（新鮮胚移植を実施）

## 1.採卵消耗品費用の領収証

領収証 No. 2015年10月4日

様

¥40,000 - (税込)

但 採卵消耗品(採卵針・培養液)費用として上記の金額正に領収いたしました

株式会社 永達幸メディカル・ヘルスケア  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
☆領収証の再発行はいたしませんので、大切に保管願います。

採卵消耗品費用の領収証の発行日付と採卵費用の請求書の採卵費用の横に表示されている日付が同じものをご用意ください。

## 2.採卵費用の請求書（領収証もご用意下さい）

請求書 請求番号 発行番号 カルテ番号  
4 1

請求書発行日: 平成 27年 10月 4日

様

下記の通り、ご請求申し上げます。

ご請求金額合計 ¥221,596 (内税 ¥16,415)  
お支払期限 : 平成 27年10月12日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の翌営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 請求項目                | 請求金額 (税込) |
|---------------------|-----------|
| ○採卵費用 1回日 H27.10.04 | ¥181,200  |
| ○精子調整一箱精            | ¥34,800   |

【請求明細 (体外受精)】

| 請求項目                    | 請求金額 (税込) |
|-------------------------|-----------|
| ○再診料                    | ¥10,000   |
| ○E2, LH, P4, FSH, 超音波検査 | ¥10,000   |
| ○ホルモン検査2回               | ¥10,000   |
| ○プロベキア産後0.15% (3ml)     | ¥5,076    |
| ○再診料                    | ¥10,000   |
| ○フロモックス錠100mg           | ¥10,000   |

【お振込先】  
北陸銀行 新宿支店(普通) 4183840  
加藤レディースクリニック

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診察開始前に当該4階の総合受付までお申し出下さい。請求書内容にご不明な点がございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディースクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
TEL 03-3366-3777 FAX 03-5332-7373

## 3.胚移植費用の請求書（領収証もご用意下さい）

請求書 請求番号 発行番号 カルテ番号  
4 2

請求書発行日: 平成 27年 10月 6日

様

下記の通り、ご請求申し上げます。

ご請求金額合計 ¥100,368 (内税 ¥7,435)  
お支払期限 : 平成 27年10月14日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の翌営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 請求項目                | 請求金額 (税込) |
|---------------------|-----------|
| ○培養費用 1回日 H27.10.04 | ¥21,600   |
| ○胚凍結費用 H27.10.06    | ¥75,600   |

【請求明細 (体外受精)】

| 請求項目          | 請求金額 (税込) |
|---------------|-----------|
| ○再診料          | ¥10,000   |
| ○超音波検査        | ¥10,000   |
| ○デュファストン錠50mg | ¥10,000   |

【お振込先】  
北陸銀行 新宿支店  
加藤レディースクリニック

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診察開始前に当該4階の総合受付までお申し出下さい。請求書内容にご不明な点がございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディースクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
TEL 03-3366-3777 FAX 03-5332-7373

採卵費用の請求書の採卵費用の横に表示されている日付と、胚移植費用の請求書の採卵日の日付が同じものをご用意ください。

## 4.顕微授精をした方は、顕微授精費用の請求書（領収証もご用意下さい）

請求書 請求番号 発行番号 カルテ番号  
4 3

請求書発行日: 平成 27年 10月 6日

様

下記の通り、ご請求申し上げます。

ご請求金額合計 ¥32,400 (内税 ¥2,400)  
お支払期限 : 平成 27年10月14日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の翌営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 請求項目                     | 請求金額 (税込) |
|--------------------------|-----------|
| ○顕微授精 基本料金 1回日 H27.10.04 | ¥32,400   |

【お振込先】  
北陸銀行 新宿支店  
加藤レディースクリニック

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診察開始前に当該4階の総合受付までお申し出下さい。請求書内容にご不明な点がございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディースクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
TEL 03-3366-3777 FAX 03-5332-7373

採卵費用の請求書の採卵費用の横に表示されている日付と、顕微授精費用の請求書の採卵日の日付が同じものをご用意ください。

## 5.妊娠判定日の請求書兼領収書

請求書兼領収書 請求番号 発行番号 カルテ番号  
6 1

請求書発行日: 平成 27年 10月 18日

様

下記の通り、ご請求申し上げます。

ご請求金額合計 ¥7,000

| 請求項目           | 請求金額 (税込) |
|----------------|-----------|
| ○再診料           | ¥1,000    |
| ○β hcg, E2, P4 | ¥6,000    |

【請求明細 (体外受精)】

| 項目名           | 未院日/請求日      | 単価     | 数量 | 金額     |
|---------------|--------------|--------|----|--------|
| 再診料           | 平成 27年10月18日 | ¥1,000 | 1  | ¥1,000 |
| β hcg, E2, P4 | 平成 27年10月18日 | ¥6,000 | 1  | ¥6,000 |

※ご請求内容につきまして、ご不明な点等ございましたら、受付までお問い合わせ下さい。  
※請求書兼領収書は確定申告などの諸用紙に必要ですので、大切に保管願います。  
※領収印のないものは無効です。  
※領収書の再発行は致しておりません。

判定日は移植が分割胚（12日後）や胚盤胞（7日後）、またはホルモン補充周期（5日後や10日後）などで異なります。

加藤レディースクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
TEL 03-3366-3777 FAX 03-5332-7373

## 6.成功報酬制度適用の方は、妊娠判定後の請求（¥388,800）を含めることができます。ただし、自治体によっては含められない場合もございますので、必ず自治体へご確認の上、書類をご提出ください。

※余剰胚を凍結している場合の凍結費用（¥124,200）と保存管理料は含めることが出来ません。

※胚移植日以降判定日までの期間に受診された方は、その分の領収証も含まれます。

# 治療ステージB（凍結胚移植を実施）

## 1.採卵消耗品費用の領収証

領収証 No. -02  
2015年6月19日

¥40,000 -

但 採卵消耗品(採卵針・培養液)費用として上記の金額正に領収いたしました

株式会社 永遠幸メディカル・ヘルスケア  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-1

☆領収証の再発行はいたしませんので、大切に保管願います。

採卵消耗品費用の領収証の発行日付と採卵費用の請求書の採卵費用の横に表示されている日付が同じものをご用意ください。

## 2.採卵費用の請求書 (領収証もご用意下さい)

請求書 請求番号 発行番号 カルテ番号  
8 1

請求書発行日: 平成 27年 6月 19日

ご請求金額合計 ¥185,752 (内税 ¥13,759)

お支払期限: 平成 27年6月27日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の翌営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 請求項目                | 請求金額 (税込) | 項目名(実業印)               | 単価        | 数量   | 請求金額 (税込) |         |
|---------------------|-----------|------------------------|-----------|------|-----------|---------|
| ○採卵費用 4回日 027.06.19 | ¥118,000  | 再診料                    | 027.06.04 | -    | 1         | -       |
| ○精子凍結-1回            | ¥64,000   | E2, FSH                | 027.06.04 | -    | 1         | -       |
|                     |           | クロミッド錠50mg             | 027.06.04 | ¥119 | 10        | ¥11,900 |
|                     |           | 再診料                    | 027.06.13 | -    | 1         | -       |
|                     |           | E2, LH, F4, 超音波検査      | 027.06.13 | -    | 1         | -       |
|                     |           | クロミッド錠50mg             | 027.06.13 | ¥119 | 2         | ¥23,800 |
|                     |           | 再診料                    | 027.06.17 | -    | 1         | -       |
|                     |           | E2, LH, F4, FSH, 超音波検査 | 027.06.17 | -    | 1         | -       |
|                     |           | ボルネンゼン錠50mg            | 027.06.17 | ¥65  | 2         | ¥130    |
|                     |           | 再診料                    | 027.06.19 | -    | 1         | -       |
|                     |           | アミノピリン錠100mg           | 027.06.19 | ¥60  | 6         | ¥360    |
|                     |           | ゾリア配合錠                 | 027.06.19 | ¥17  | 13        | ¥204    |

【請求明細 (体外受精)】

【お振込先】  
北陸銀行 新宿支店 (普通) 4163840  
加藤レディスクリニック

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診察開始前に当院4階の総合受付までお申し出下さい。振込内容に不備点等ございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディスクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
ウエストコート新宿ビル 4F  
TEL: 03-3366-3777 FAX: 03-3332-7373

## 3.培養費用の請求書 (領収証もご用意下さい)

請求書 請求番号 発行番号 カルテ番号  
8 2

請求書発行日: 平成 27年 7月 2日

ご請求金額合計 ¥183,600 (内税 ¥13,600)

お支払期限: 平成 27年7月10日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の翌営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 請求項目                         | 請求金額 (税込) | 項目名(実業印)          | 単価        | 数量 | 請求金額 (税込) |   |
|------------------------------|-----------|-------------------|-----------|----|-----------|---|
| ○顕微鏡検 基本料金 (採卵日 1) 027.06.19 | ¥32,400   | 再診料               | 027.06.04 | -  | 1         | - |
| ○培養費用 (採卵日 1) 027.06.19      | ¥11,600   | E2, LH, F4, 超音波検査 | 027.06.04 | -  | 1         | - |
| ○胚盤胞培養費用 (採卵日 1) 027.06.19   | ¥15,000   | 再診料               | 027.06.13 | -  | 1         | - |
| ○胚凍結 基本料金                    | ¥15,000   | 再診料               | 027.06.17 | -  | 1         | - |

【請求明細 (体外受精)】

【お振込先】  
北陸銀行 新宿支店 (普通) 4163840  
加藤レディスクリニック

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診察開始前に当院4階の総合受付までお申し出下さい。振込内容に不備点等ございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディスクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
ウエストコート新宿ビル 4F  
TEL: 03-3366-3777 FAX: 03-3332-7373

採卵費用の請求書の採卵費用の横に表示されている日付と、培養費用の請求書の採卵日の日付が同じものをご用意ください。

## 4.凍結胚移植費用の請求書 (領収証もご用意下さい)

請求書 請求番号 発行番号 カルテ番号  
10 1

請求書発行日: 平成 27年 9月 17日

ご請求金額合計 ¥120,648 (内税 ¥8,937)

お支払期限: 平成 27年9月25日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の翌営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 請求項目               | 請求金額 (税込) | 項目名(実業印)          | 単価        | 数量  | 請求金額 (税込) |        |
|--------------------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------|--------|
| ○凍結胚移植費用 027.09.17 | ¥97,200   | 再診料               | 027.09.06 | -   | 1         | -      |
| ○透明帯除去             | ¥21,600   | E2, LH, F4, 超音波検査 | 027.09.06 | -   | 1         | -      |
|                    |           | 再診料               | 027.09.11 | -   | 1         | -      |
|                    |           | E2, LH, F4, 超音波検査 | 027.09.11 | -   | 1         | -      |
|                    |           | 再診料               | 027.09.17 | -   | 1         | -      |
|                    |           | E2, F4            | 027.09.17 | -   | 1         | -      |
|                    |           | デュッファソン錠5mg       | 027.09.17 | ¥44 | 42        | ¥1,848 |

【請求明細 (体外受精)】

【お振込先】  
北陸銀行 新宿支店 (普通) 4163840  
加藤レディスクリニック

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診察開始前に当院4階の総合受付までお申し出下さい。振込内容に不備点等ございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディスクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
ウエストコート新宿ビル 4F  
TEL: 03-3366-3777 FAX: 03-3332-7373

## 5.妊娠判定日の請求書兼領収書

請求書兼領収書 請求番号 発行番号  
11 1

請求書発行日: 平成 27年 9月 23日

ご請求金額合計 ¥7,000

| 請求項目          | 未院日/請求日     | 単価     | 数量 | 金額     |
|---------------|-------------|--------|----|--------|
| 再診料           | 平成 27年9月23日 | ¥1,000 | 1  | ¥1,000 |
| β hcg, E2, P4 | 平成 27年9月23日 | ¥6,000 | 1  | ¥6,000 |

【請求明細 (外来診療)】

※ご請求内容に關しまして、ご不明な点等ございましたら、受付までお問い合わせ下さい。  
※請求書兼領収書は確定申告などの諸届けに必要ですので、大切に保管願います。  
※領収印のないものは無効です。  
※領収書の再発行は致しておりません。

判定日は移植が分割胚（12日後）や胚盤胞（7日後）、またはホルモン補充周期（5日後や10日後）などで異なります。

加藤レディスクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
ウエストコート新宿ビル 4F  
TEL: 03-3366-3777 FAX: 03-3332-7373

※胚移植治療周期に治療中断した場合の治療費用も含めて記載しますので、ご提出下さい。

※保存管理料は含めることが出来ません。

※胚移植日以降判定日までの期間に受診された方は、その分の領収証も含まれます。

# 治療ステージC（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施）

## 1.凍結胚移植費用の請求書

（領収証もご用意下さい）

## 2.妊娠判定日の請求書兼領収書

ページ数( 1 / 1 )

**請求書**

請求番号 発行番号 カルテ番号  
26 1

請求書発行日: 平成 27年 7月 15日

様

下記のとおり、ご請求申し上げます。

**ご請求金額合計 ¥134,190 (内税 ¥9,940)**

お支払期限 : 平成 27年7月23日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 【請求明細 (体外受精)】       |           | 【請求明細 (外来診療)】                      |        |    |           |  |
|---------------------|-----------|------------------------------------|--------|----|-----------|--|
| 請求項目                | 請求金額 (税込) | 項目名 (実部)                           | 単価     | 数量 | 請求金額 (税込) |  |
| 凍結胚移植費用 (H27.07.15) | ¥97,200   | 再診料 (H27.07.03)                    | -      | 1  | -         |  |
| 透明帯除去               | ¥21,600   | E2 (H27.07.03)                     | -      | 1  | -         |  |
|                     |           | フェマラート錠2.5mg (H27.07.03)           | ¥1,028 | 5  | ¥5,130    |  |
|                     |           | 再診料 (H27.07.09)                    | -      | 1  | -         |  |
|                     |           | E2, LH, P4, FSH, 超音波検査 (H27.07.09) | -      | 1  | -         |  |
|                     |           | 再診料 (H27.07.13)                    | -      | 1  | -         |  |
|                     |           | P4 (H27.07.13)                     | -      | 1  | -         |  |
|                     |           | ルテイン錠100mg (H27.07.13)             | ¥324   | 6  | ¥1,944    |  |
|                     |           | 再診料 (H27.07.15)                    | -      | 1  | -         |  |
|                     |           | E2, P4 (H27.07.15)                 | -      | 1  | -         |  |
|                     |           | ジュリナ錠0.5mg (H27.07.15)             | ¥72    | 21 | ¥1,512    |  |
|                     |           | ルテイン錠100mg (H27.07.15)             | ¥324   | 21 | ¥6,804    |  |

【お振込先】  
北陸銀行 新宿支店 (普通) 4163840  
加藤レディースクリニック

※ご依頼人氏名欄にカルテ番号(この用紙右上の番号) 氏名(ご自分のお名前)の順で必ずご記入下さい。  
ご依頼人欄 記入例: \_\_\_\_\_  
ご夫婦で合算してお振込される場合は、依頼人欄は連名にてご記入下さい。

※銀行振込でのお支払が確認できましたら、2週間以内に領収証を送付致します。お支払から2週間以上経過しても領収証が届かない場合は、大変お手数ですがご一報下さい。

※お送りした領収証は大切に保管願います。

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診療開始前に当院4階の総合受付までお申し出下さい。  
※請求内容にご不明点等ございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディースクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
ウエストゲート新館ビル 4F  
TEL 03-3366-3777 FAX 03-5332-7373

ページ数( 1 / 1 )

**請求書兼領収書**

カルテ番号 請求番号 請求書発行番号  
28 1

請求書発行日: 平成 27年 7月 22日

様

下記の通り、ご請求申し上げます。

**ご請求金額合計 ¥7,000**

【請求明細 (外来診療)】

| 項目名           | 来院日 / 請求日   | 単価     | 数量 | 金額     |
|---------------|-------------|--------|----|--------|
| 再診料           | 平成 27年7月22日 | ¥1,000 | 1  | ¥1,000 |
| β hcg, E2, P4 | 平成 27年7月22日 | ¥6,000 | 1  | ¥6,000 |

\* ご請求内容につきまして、ご不明な点等ございましたら、受付までお問い合わせ下さい。  
 \* 請求書兼領収書は確定申告などの諸届けに必要ですので、大切に保管願います。  
 \* 領収印のないものは無効です。  
 \* 領収書の再発行は致しておりません。

判定日は移植が分割胚（12日後）や胚盤胞（7日後）、またはホルモン補充周期（5日後や10日後）などで異なります。

領収印

加藤レディースクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
ウエストゲート新館ビル 4F  
TEL 03-3366-3777 FAX 03-5332-7373

※余剰胚を凍結している場合の凍結費用（¥124,200）と保存管理料は含めることが出来ません。

※胚移植日以降判定日までの期間に受診された方は、その分の領収証も含まれます。

# 治療ステージE（受精できず または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止）

## 1.採卵消耗品費用の領収証

**領収証** No. 164873-04  
2015年9月29日

様

¥40,000 - (税込)

但 採卵消耗品(採卵針・培養液)費用として上記の金額正に領収いたしました

株式会社 永遠幸メディカル・ヘルスケア  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
☆領収証の再発行はいたしませんので、大切に保管願います。

## 2.採卵費用の請求書

(領収証もご用意下さい)

ページ数(1/1)

**請求書** 請求番号 発行番号 カルテ番号  
26 1

請求書発行日: 平成 27年 9月 29日

様

下記のとおり、ご請求申し上げます。

**ご請求金額合計 ¥151,655 (内税 ¥11,234)**  
お支払期限 : 平成 27年10月7日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の翌営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 【請求明細(体外受精)】          |          | 【請求明細(外来診療)】                       |     |    |          |
|-----------------------|----------|------------------------------------|-----|----|----------|
| 請求項目                  | 請求金額(税込) | 項目名(実施日)                           | 単価  | 数量 | 請求金額(税込) |
| ◇採卵費用 5回目 (H27.09.29) | ¥86,400  | 再診料 (H27.09.20)                    | -   | 1  | -        |
| ◇精子調整～採精              | ¥64,800  | E2, FSH (H27.09.20)                | -   | 1  | -        |
|                       |          | 再診料 (H27.09.26)                    | -   | 1  | -        |
|                       |          | E2, LH, P4, FSH, 超音波検査 (H27.09.26) | -   | 1  | -        |
|                       |          | 再診料 (H27.09.28)                    | -   | 1  | -        |
|                       |          | E2, LH, P4, FSH, 超音波検査 (H27.09.28) | -   | 1  | -        |
|                       |          | 再診料 (H27.09.29)                    | -   | 1  | -        |
|                       |          | E2, LH, P4, FSH, 超音波検査 (H27.09.29) | -   | 1  | -        |
|                       |          | ボルタレンサロ25mg (H27.09.29)            | ¥65 | 1  | ¥65      |
|                       |          | フロモックス錠100mg (H27.09.29)           | ¥65 | 6  | ¥390     |

《お振込先》  
北陸銀行 新宿支店(普通) 4163840  
加藤レディースクリニック

\*ご依頼人氏名欄にカルテ番号(この用紙右上の番号)氏名(ご自分のお名前)の順で必ずご記入下さい。  
ご依頼人欄 記入例 : \_\_\_\_\_  
ご夫婦で合算してお振込される場合は、依頼人欄は連名にてご記入下さい。  
\*銀行振込でのお支払が確認できましたら、2週間以内に領収証を送付致します。お支払から2週間以上経過しても領収証が届かない場合は、大変お手数ですがご一報下さい。  
\*お送りした領収証は大切に保管願います。

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診療開始前に当院4階の総合受付までお申し出下さい。  
※請求内容にご不明点等ございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディースクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
ウエストゲート新宿ビル 4F  
TEL 03-3366-3777 FAX 03-5332-7373

## 3.培養中止費用の請求書

(領収証もご用意下さい)

ページ数(1/1)

**請求書** 請求番号 発行番号 カルテ番号  
26 2

請求書発行日: 平成 27年 10月 11日

様

下記のとおり、ご請求申し上げます。

**ご請求金額合計 ¥86,400 (内税 ¥6,400)**  
お支払期限 : 平成 27年10月19日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の翌営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 【請求明細(体外受精)】              |          |
|---------------------------|----------|
| 請求項目                      | 請求金額(税込) |
| ◇顕微授精 基本料金(採卵日 H27.09.29) | ¥32,400  |
| ◇培養費用(採卵日 H27.09.29)      | ¥21,600  |
| ◇胚盤胞培養中止費用(採卵日 H27.09.29) | ¥32,400  |

《お振込先》  
北陸銀行 新宿支店(普通) 4163840  
加藤レディースクリニック

\*ご依頼人氏名欄にカルテ番号(この用紙右上の番号)氏名(ご自分のお名前)の順で必ずご記入下さい。  
ご依頼人欄 記入例 : \_\_\_\_\_  
ご夫婦で合算してお振込される場合は、依頼人欄は連名にてご記入下さい。  
\*銀行振込でのお支払が確認できましたら、2週間以内に領収証を送付致します。お支払から2週間以上経過しても領収証が届かない場合は、大変お手数ですがご一報下さい。  
\*お送りした領収証は大切に保管願います。

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診療開始前に当院4階の総合受付までお申し出下さい。  
※請求内容にご不明点等ございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディースクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
ウエストゲート新宿ビル 4F  
TEL 03-3366-3777 FAX 03-5332-7373

採卵消耗品費用の領収証の発行日付と採卵費用の請求書の採卵費用の横に表示されている日付が同じものをご用意ください。

採卵費用の請求書の採卵費用の横に表示されている日付と、培養中止費用の請求書の採卵日の日付が同じものをご用意ください。

※1.採卵消耗品費用の領収証と、2.採卵費用の請求書と領収証のみの場合もございます。

# 治療ステージF（採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止）

1.採卵消耗品費用の領収証

2.採卵費用の請求書（卵子の状態が悪く媒精できなかったため、採卵費用を減額しています、と記載のある請求書）

（領収証もご用意下さい）

**領収証** No. 02  
2015年7月13日

様

¥40,000 - (税込)

但 採卵消耗品(採卵針・培養液)費用として上記の金額正に領収いたしました

株式会社 永遠幸メディカル・ヘルスケア  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3

☆領収証の再発行はいたしませんので、大切に保管してください

ページ数 ( 1 / 1 )

**請求書** 請求番号 発行番号 カルテ番号  
6 1

請求書発行日: 平成 27年 7月 17日

様

下記のとおり、ご請求申し上げます。

**ご請求金額合計 ¥55,914 (内税 ¥4,142)**

お支払期限 : 平成 27年7月25日 までにお支払い下さい。  
お支払期限が土日祝日に当たる場合は、金融機関の翌営業日までにお支払いいただきますようお願い申し上げます。

| 【請求明細 (体外受精)】  |           | 【請求明細 (外来診療)】                 |      |    |           |
|--|-----------|-------------------------------|------|----|-----------|
| 請求項目   | 請求金額 (税込) | 項目名 (実施日)                     | 単価   | 数量 | 請求金額 (税込) |
| ○採卵費用 00回 (027.07.13)                                  | ¥54,000   | 再診料 (027.07.04)               | -    | 1  | -         |
| *卵子の状態が悪く受精できなかったため、採卵費用を減額しています。<br>採卵回数1回にカウントされません。 |           |                               |      |    |           |
|  |           | E2, FSH (027.07.04)           | -    | 1  | -         |
|  |           | クロミッド錠50mg (027.07.04)        | ¥119 | 10 | ¥1,190    |
|  |           | 再診料 (027.07.14)               | -    | 1  | -         |
|  |           | E2, LH, P4, 超音波検査 (027.07.11) | -    | 1  | -         |
|  |           | ボルタレンサロ20mg (027.07.11)       | ¥65  | 2  | ¥130      |
|  |           | 再診料 (027.07.13)               | -    | 1  | -         |
|  |           | フロキシメチン錠100mg (027.07.13)     | ¥65  | 6  | ¥390      |
|  |           | ソフィアA配合錠 (027.07.13)          | ¥17  | 12 | ¥204      |

《お振込先》  
北陸銀行 新宿支店 (普通) 4163840  
加藤レディースクリニック

\*ご依頼人氏名欄にカルテ番号(この用紙右上の番号)氏名(ご自分のお名前)の順で必ずご記入下さい。  
ご依頼人欄 記入例  
ご夫婦で合算してお振込される場合は、依頼人欄は連名にてご記入下さい。  
\*銀行振込でのお支払が確認できましたら、2週間以内にご領収証を送付致します。お支払から2週間以上経過しても領収証が届かない場合は、大変お手数ですがご一報下さい。  
\*お送りした領収証は大切に保管願います。

※ご来院でのお支払いも可能です。ご来院の際、当日の診察開始前に当院4階の総合受付までお申し出下さい。  
※請求内容にご不明点等ございましたら、お手数ですが当院受付までお問い合わせ下さい。

加藤レディースクリニック  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-20-3  
ウエストゲート新宿ビル 4F  
TEL 03-3366-3777 FAX 03-5332-7373

採卵消耗品費用の領収証の発行日付と採卵費用の請求書の採卵費用の横に表示されている日付が同じものをご用意ください。