

年 月 日

大田市長 様

医療機関

住 所  
名 称  
医 師

㊟

不妊治療医師証明書

下記の者については、不妊に対しての検査及び治療が必要であること（又はあったこと）を証明します。

太枠内は、受診者が記入してください。

ふりがな 受診者氏名		夫		妻	
生年月日		年 月 日生		年 月 日生	
住 所					
主たる検査		チェック又は記入をしてください。			
		(夫) <input type="checkbox"/> 精液検査		(妻) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
治 療 内 容	一般	チェック又は記入をしてください。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 【実施 ( 回) 】 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 【実施 ( 回) 】 <input type="checkbox"/> 人工授精 【実施 ( 回) 】			
	生殖	<input type="checkbox"/> 採卵 【実施 ( 回) 】 <input type="checkbox"/> 授精 【実施 ( 回) 】 <input type="checkbox"/> 体外受精 【実施 ( 回) 】 <input type="checkbox"/> 顕微授精 【実施 ( 回) 】 <input type="checkbox"/> 受精卵、胚培養 【実施 ( 回) 】 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 【実施 ( 回) 】 <input type="checkbox"/> 胚移植 【実施 ( 回) 】			
	その他	<input type="checkbox"/> 手術療法 【 】 <input type="checkbox"/> その他 【 】			
院外処方の有無		有 ・ 無			
初回受診日※		年 月 日 受診			
生殖補助医療治療開始日		年 月 日 (実施している場合のみ記入)			
特記事項					

注意事項 ※初回受診日は、申請者が治療費助成に申請する治療の初回受診日を記載すること。  
 (1) 規定以外の事項が発生した場合には、特記事項欄にその旨を記入してください。  
 (2) 他の医療機関を紹介等した場合、特記事項欄にその理由及び医療機関名を記入してください。  
 (3) 自己都合により複数の医療機関に受診する場合にはそれぞれの医療機関の医師証明書が必要です。