

川 本 町 長 様

医療機関
住 所
名 称
医 師



生殖補助医療医師証明書

下記の者については、不妊の治療が必要であること(又はあったこと)を証明します。

記

医療機関記入欄 (太枠部分は、申請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(歳)		年 月 日(歳)
住 所				
治療内容	チェック又は記入をしてください <input type="checkbox"/> 採卵 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 採精 【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)】			
今回の生殖補助医療の治療期間	治療開始	年 月 日		
	治療終了	年 月 日		
領 収 金 額	[今回の治療にかかった合計金額 保険内診療に限る] 生殖補助医療費 (男性不妊治療費除く) 領収金額 _____ 円 男性不妊治療費 領収金額 _____ 円 ※他の医療機関(指定を受けていない医療機関を含む)で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。			
連携医療機関の有無	有・無	有の場合 医療機関名： 理由：		
特 記 事 項				

注意事項

- (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、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を受診する場合にはそれぞれの医療機関の医師の証明書が必要です
- (4) 治療を中断した場合は、その経過を特記事項欄に記入してください。