

一般不妊治療医療機関証明書

宗像市長 殿

医療機関等

所在地

名称

医師名

印

以下の者については、不妊の治療が必要であることを証明します。

ふりがな 氏名	夫		生年月日	
	妻		生年月日	
主たる検査	チェック又は記入してください (夫) <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (妻) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
治療内容	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 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
治療期間	治療開始 年 月 日			
	治療終了 年 月 日 (※)			
今回の治療による妊娠の有無	有 ・ 無 ・ 不明			
領収金額	[今回の治療にかかった保険診療分の本人負担額] 一般不妊治療費 領収金額 _____ 円			
備考				

※ 原則、妊娠判定日又は投薬終了日。治療を中止した場合は中止日。