

生殖補助医療等医療機関証明書

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、生殖補助医療等以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は妊娠の可能性が極めて低いと思われるため、生殖補助医療等を実施し、これに係る医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

ふりがな 氏名	夫		生年月日	
	妻		生年月日	
治療方法	1 体外受精 2 顕微授精 3 生殖補助医療の一環として、保険診療で行った男性不妊治療 4 その他 ()			
治療期間	治療開始 年 月 日			
	治療終了 年 月 日 (※)			
先進医療の有無	有 ・ 無			
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]			
	生殖補助医療等治療費	領収金額	円	
	実施した先進医療にかかった治療費	領収金額	円	
他院での注射等の依頼の有無	有 → 医療機関名 () ・ 無			
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。