

年 月 日

安来市長 様

医療機関等

所在地

名 称

医師名



生殖補助医療医療機関証明書

下記の者については、生殖補助医療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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

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. 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			
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。

安来市長 様

医療機関等

所在地

名称

医師名



不育症治療医療機関証明書

以下の者については、不育症治療を実施したことを証明します。

氏 名	夫		生年月日	
	妻		生年月日	
不育症治療を必要とした理由(既往歴等)	<input type="checkbox"/> 流産(回) <input type="checkbox"/> 死産(回) ※助成金の交付は流産・死産の既往がある場合に限りです。 ただし、人工妊娠中絶は既往歴に含みません。			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
主な治療内容	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固体療法 <input type="checkbox"/> 漢方療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> その他()			
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] 領収金額 円			
院外処方の有無	有 ・ 無			
備 考				