

安来市長 様

医療機関等

所在地

名称

医師名



一般不妊治療医療機関証明書

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。

氏名	夫		生年月日	
	妻		生年月日	
主たる検査	チェック又は記入をしてください。 (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 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <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(実施( 回)) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (実施( 回)) <input type="checkbox"/> 人工授精 (実施( 回)) <input type="checkbox"/> その他( )			
院外処方の有無	有 ・ 無			
初回受診	年 月 日 受診			
特記事項				

備考 他の医療機関への紹介、治療中断等、規定以外の事由が発生した場合は、特記事項に記載すること。

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 (男性不妊治療費除く) 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ません。 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 <hr/> ※今回の妊娠について、不育症治療を開始した日から出産(流産、死産等含む)までの期間を記入してください。なお、妊娠前の検査・治療については治療期間に含みません。			
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				