

年 月 日

邑 南 町 長 様

医療機関
住 所
名 所
医 師 

生殖補助医療機関証明書

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

太枠内は、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					
住 所					
治 療 内 容		チェック又は記入をしてください。 採卵 【 ☐ 調整卵巣刺激法 ☐ 低卵巣刺激法 ☐ 自然周期 】 採精 【 ☐ 精巣内精子採手術 】 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ Split inseminatiton 受精卵・胚培養【 ☐ 初期胚まで ☐ 胚盤胞まで】 ☐ 胚凍結保存【 ☐ 複数胚できた場合 ☐ 全胚凍結周期である場合】 胚移植【 ☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結胚移植 】			
今回の生殖 補助医療の 治療周期に かかる治療 期間	治療 開始	年 月 日			
	治療 終了	年 月 日			
連 携 医 療 機 関		有・無	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に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。