

不育症治療等実施医療機関証明書

次のとおり、不育症治療を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

医師名

(ふりがな) 受診者氏名	本人		配偶者	
生年月日		年 月 日		年 月 日
診断名				
検査・ 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
当該患者 について	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細をカッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受診者負担額	円			
院外処方	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
備考				

- (注) 1 治療期間は、今回の妊娠について不育症検査又は治療を開始した日から出産又は流産の時点までが対象となります。(不妊治療分及び妊婦健康診査費は除く。)
- 2 院外処方がある場合は、それらに要した費用も対象となりますので、領収書の添付が必要となります。
- 3 証明内容については、本人同意のもと敦賀市が問い合わせる場合があります。