

敦賀市一般不妊治療医療機関受診証明書

下記のとおり、一般不妊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

所在地

主治医氏名

夫の氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
妻の氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
診療開始日 ^{※1}	年 月 日	
証明治療期間 ^{※2}	年 月 日 ~	年 月 日
受診者負担額 ^{※3}	円	
<p>当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に<input checked="" type="checkbox"/> 記入してください。</p> <p> <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法) <input type="checkbox"/> その他 () </p>		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
妊娠成立の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 未確認	

<注意> 夫と妻が同じ医療機関で受診した場合は、一枚に記載してください。別々の医療機関で受診した場合はそれぞれの医療機関で記入してください。特定不妊及び不育症に係る検査及び治療は対象外です。

※1 令和2年4月1日以降の治療や検査が対象となります。

※2 一般不妊治療を開始した日から起算して2年間が助成対象期間となります。

※3 助成対象期間における一般不妊治療に係る検査や治療費の受診者負担額を記載してください。(保険診療か否かは問いません)ただし、文書料、食事療養費、個室料等の直接的な治療費でない費用は対象外です。