

不妊治療医師証明書

年 月 日

出雲市長 様

医療機関等
住 所
名 称
医師名 ⑨

下記の者については、不妊に対しての検査及び治療が必要であること（又は施行したこと）を認めます。

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				
生年月日	夫	年 月 日（ 歳）	妻	年 月 日（ 歳）
住 所				
主たる検査		チェック又は記入をしてください。 (夫) ☐ 精液検査 ☐ ホルモン検査 ☐ 精巣生検 ☐ その他（ ） (妻) ☐ ホルモン検査 ☐ 子宮卵管造影 ☐ クラミジア抗体検査 ☐ 頸管粘液検査 ☐ その他（ ）		
治療内容	一般	チェック又は記入をしてください。（治療を中止した場合も、1回として計上） ☐ タイミング療法 【実施（ 回）】 ☐ 排卵誘発法 【実施（ 回）】 ☐ 人工授精 【実施（ 回）】		
	特定	☐ 採卵 【実施（ 回）】 ☐ 採精 【実施（ 回）】 ☐ 体外受精 【実施（ 回）】 ☐ 顕微授精 【実施（ 回）】 ☐ 受精卵、胚培養 【実施（ 回）】 ☐ 胚凍結保存 【実施（ 回）】 ☐ 胚移植 【実施（ 回）】		
	その他	☐ 手術療法 【手術方法： 】 ☐ その他 【 】		
院外処方の有無		有 ・ 無		
初回受診日(※1)		年 月 日		
特記事項(※2)				

※1 初回受診日は、申請者が治療費助成に申請する治療の初回受診日を記載すること。
※2 他の医療機関への紹介等、規定以外の事項が発生した場合には、特記事項欄に記載すること。