

袖ヶ浦市長 様

不妊治療受診等証明書

指定医療機関名称

所在地

電話

主治医氏名

下記の者については、不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、袖ヶ浦市不妊治療費等助成事業実施要綱第2条第4号及び第5号に規定する一般不妊治療もしくは生殖補助医療を実施したことを証明します。

指定医療機関記入欄

| | | | |
|----------------------|------------------------|--|----------------|
| ふりがな | | | |
| 受診者氏名 | 夫 | | 妻 |
| 受診者生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 昭和・平成 年 月 日 |
| 今回の治療方法 | 実施した治療方法を記載してください。 | | |
| 今回の治療における 院外処方の有無 | 不妊治療に関する処方に限る 有 ・ 無 | | |
| 今回の治療期間 ※1 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |

※1 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療を終了した日までを記載してください。

※ この不妊治療費等助成事業は、保険診療による治療が対象となります。
保険診療外のものについては、記載しないでください。

※ 不妊治療費等助成事業の申請期間は、1回の治療終了後1年以内です。