

一般不妊治療医療機関受診等証明書

次の者について、一般不妊治療（タイミング法・人工授精）を次のとおり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

主治医氏名

印

【主治医証明欄】

		夫	妻
受診者	住 所	五島市	五島市
	氏 名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
治療方法・期間	1. タイミング法	【期間】 年 月 日～ 年 月 日 診察日 月 日、 月 日 月 日、 月 日 月 日、 月 日	
	2. 人工授精	【期間】 年 月 日～ 年 月 日 診察日 月 日、 月 日 月 日、 月 日 月 日、 月 日	

備考 生殖補助医療費（体外受精、顕微授精及び男性不妊手術）に係る治療は対象外ですので記載しないでください。