

小坂町一般不妊治療受診等証明書

年 月 日

小坂町長 様

医療機関 名称

住所地

医師名



下記の者については、不妊の治療を行っていることを証明します。

氏名	夫	生年月日	年	月	日
	妻	生年月日	年	月	日
住所	〒 小坂町 電話 ( )				
住所 (※1)	(夫・妻) 〒 電話 ( )				
主たる検査	チェック又は検査事項を記入 (夫) <input type="checkbox"/> 精液検査 (妻) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
治療内容	チェック又は検査事項を記入 <input type="checkbox"/> タイミング療法 実施 ( ) 回 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 実施 ( ) 回 <input type="checkbox"/> 人工授精 実施 ( ) 回 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
特記事項					

※1：単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有している場合のみ記入してください。

備考：他の医療機関への紹介、治療中断等、規定以外の自由が発生した場合は、特記事項に記載してください。