

八女市不妊治療費助成事業医師証明書（第1段階用）

年 月 日

八女市長

医療機関等

住 所：.....

名 称：.....

主治医：..... 印

下記の者については、不妊の治療が必要であることを認めます。

記

太線内は、申請者が記入してください。

対象者	氏 名		住所・電話番号
	夫	年 月 日生（ 歳）	電話：（ ）
妻	年 月 日生（ 歳）	電話：（ ）	

主たる検査	チェック又は記入してください。 (夫) <input type="checkbox"/> 精液検査が済んでいる。(必須条件) (医療機関名) <input type="checkbox"/> その他 () (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	チェック又は記入してください。 <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"/> 人工受精 【実施（ ）回】 <input type="checkbox"/> その他：手術療法に関しては、〔 〕内に詳細を記入してください。 ()
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
初回の受診日	年 月 日受診
特記事項	

注意：自己都合により複数の医療機関に受診する場合は、それぞれの医師の証明書が必要です。