

一般不妊治療医師証明書

年 月 日

（あて先）松江市長

医療機関等  
所在地  
名称  
医師

下記の者については、不妊治療が必要であることを証明します。

記

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	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
住所				
最初の受診日 (※)	年 月 日 受診			
不妊治療の内容	チェック又は記入をしてください。 <input type="checkbox"/> 検査（治療の一環によるものに限る） <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他：手術療法等に関しては〔 〕内に詳細を記入してください。			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
他の医療機関 で行った検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合	【医療機関名】  【検査内容】	
特記事項				

（注1）複数の医療機関を受診する場合は、それぞれの医療機関の医師の証明書が必要です。  
 （※）最初の受診日の欄には、補助金の対象となる治療にかかる初診日を記入してください。

