様式第２号(第５条関係)

特定不妊治療受診等証明書

　　下記の者については、特定不妊治療以外の治療法で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、特定不妊治療を実施したことを証明します。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　指定医療機関　所　在　地

名　　　称

主治医氏名　　　　　　　　印

実施医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　歳） | 年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| ○　当該患者が過去に行った不妊治療について該当箇所に記入してください。　・タイミング療法（実施　　　　　（　　　回）・未実施）　・排卵誘発法（実施　　　　　（　　　回）・未実施）　・人工授精（実施　　　　　（　　　回）・未実施）　・体外受精（実施　　　　　（　　　回）・未実施）　・顕微授精（実施　　　　　（　　　回）・未実施）　・手術療法（実施・未実施）（手術方法　　　　　　　　　）　・その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）○　特定不妊治療を必要とした理由について記入してください。 |
| 今回の治療方法 | （1　体外受精　2　顕微授精）※該当する番号に○をつけてください。 |
| 今回の治療期間 | 　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ○　今回の治療法について（治療を中断した場合はその経過についても）記入して下さい。 |