

令和 年 月 日

医療機関 所在地
名称
医師氏名

不妊治療に係る医師の証明書

下記の者は、不妊治療以外の治療によっては妊娠の見込みがなく、又は極めて少ないため、不妊治療を実施したことを証明します。

	夫	妻
(ふりがな) 氏名		
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
治療費 (患者負担額)	円	
主な治療	該当する治療方法に○をしてください。 1 体外受精 2 顕微授精	
特記事項		

- (注) 1 保険適用外の治療について記入してください。
2 年齢は、治療開始時の年齢を記入してください。（排卵準備のための治療を開始した日における妻の年齢が43歳以上である夫婦が対象となります。）
3 治療期間の開始の日は、排卵準備のための治療を開始した日を記入してください。