各種証明書交付申込書

【ご案内】
◆当院ホームページ【お知らせ】の各種手続きに関するご案内を確認の上お申し込み下さい。
◆自治体提出書類は、自治体の指定書式（**医療機関記載用**）を同封してください。
◆こちらの申込書は必要事項をご記入の上、ご依頼の書類と同封して当院へご郵送下さい。

申込日　　西暦　　年　　月　　日

【1.患者様情報】

診察券番号		**お名前**		**電話番号**	
住所	〒				

【2.依頼書類】※同封の書類に○を入れ、必要箇所にご記入をお願いいたします。

		同封枚数
	不妊治療の受診等証明書（自治体）…（3,300円/1通）	枚
	不育症検査費用の受診等証明書（自治体書式）…（3,300円/1通）	枚
	生命保険会社提出診断書（当院規定書式と併用）…（6,600円/1通）※1	枚
	生命保険書式なし（当院規定のフォーマットで発行）…（6,600円/1通）※1	
	その他：［　　］（料金後日連絡）	枚

証明期間　西暦　　年　　月　　日　～　　西暦　　年　　月　　日の間の治療

※1. **生命保険会社提出用の診断書は、原則1治療周期毎(採卵～採卵後又は妊娠判定、移植～判定)で作成致します。**
同封いただいた書類と作成後の枚数が異なること場合がございます。あらかじめご了承ください。

Q.返信用封筒のご準備がありますか？　➡　有り　/　**無**※2　☐ **普通郵便**　☐ **レターパック**

※2**同封無の方は普通郵便またはレターパックどちらかに☑をお願い致します。（レターパック料金430円）**
※返信用封筒を同封いただく際は切手(110円)貼付・ご氏名住所の記載をお願いします。

【3.証明を希望する手術日（不育症検査日）】

Q.いつ行われた手術の証明が必要ですか？

	手術または検査日1	西暦	年	月	日	手術または検査名	
	手術または検査日2	西暦	年	月	日	手術または検査名	
	手術または検査日3	西暦	年	月	日	手術または検査名	

※正確な日付が不明な場合は、上記、【2.依頼書類】に証明が必要な期間をご記入ください。

Q.採卵にかかる培養/凍結管理料がある場合の証明が必要ですか？ ➡　**必要　　不要**

Q.先進医療の実施がある場合証明が必要ですか？　➡　**必要　　不要**

証明作成に関して伝達事項がございましたらご記入下さい

クリニック記載欄

計	通	料金	円	料金連絡	／			
受取日		記入①		住所確認		領収日	／	
受取者		記入②				投函日	／	
備考								