

江 津 市 長 様

医療機関
住 所
名 称
医 師

（署名又は記名押印）

生殖補助医療証明書

次の者については、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(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)
治療内容	実施した治療内容に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 保険と併用される先進医療 → <input type="checkbox"/> 当医療機関は実施した先進医療について実施機関として届出済である。 <input type="checkbox"/> 自費診療 * 保険適用通算1回目の治療開始時の妻の年齢 () 歳			
男性不妊治療を行った場合	手術療法名			
	精子回収の有無			
治療期間	治療開始日	年 月 日 (※注2参照)		
	治療終了日	年 月 日 (※注3参照)		
領収金額	【今回の治療にかかった金額の合計】 治療内容に応じて、(1)、(2)のいずれか該当する方に記載してください。 ※保険診療と併用される先進医療を実施した場合→(1)へ記入 (1) 保険診療分 領収金額 _____ 円 (うち先進医療にかかる経費 _____ 円) ※男性不妊治療を併せて実施した場合は、その金額も含めて記載してください。 (2) 自費診療分 領収金額 _____ 円 (うち助成対象外経費 _____ 円) ※今回の治療期間内において治療に直接係るものについて記載してください。 ※助成対象外経費とは、治療に直接関係のない費用(入院費、食事代、病衣代、文書料、凍結胚等の管理料、不育症患者について着床前診断を行うための生殖補助医療に係る費用等)です。			
他院での注射や治療等の依頼の有無	有→医療機関名 ()			無

- 注 1 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。
- 注 2 治療期間の治療開始日は、原則、治療計画を立てた日を記入してください。採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日を記入してください。
- 注 3 治療期間の治療終了日には、妊娠判定日若しくは投薬終了日又は治療中止日を記入してください。