

様式第2号（第5条関係）

令和6年度結城市不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては、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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

当該医療機関は、保険適用となっている生殖補助医療（体外受精及び顕微授精、男性不妊治療）を保険診療で実施している。

(フリガナ) 受診者氏名		()		()
受診者生年月日	夫	昭和 平成 年 月 日 (歳)	妻	昭和 平成 年 月 日 (歳)
治療内容	生殖補助医療（該当する番号に○をつけて下さい） 1 体外受精 2 顕微授精 3 男性不妊治療			
妊娠の有無	有 ・ 無			
※治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	体外受精治療費 領収金額		保険診療分	円
			自費診療分	円
	顕微授精治療費 領収金額		保険診療分	円
			自費診療分	円
	男性不妊治療 領収金額		保険診療分	円
			自費診療分	円

※ 治療期間は、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、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から生殖補助医療終了日までを記載してください。

※ 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合も、助成の対象です。

※ 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は対象となりません。ただし、採卵準備前に男性不妊治療を行い、精子が採取できず治療終了した場合も助成の対象です。

※ 金額は、文書料、食事代、個室料、時間外加算等の治療とは直接関係のない費用を除いて記載してください。