

第2号様式（第6条関係）

不妊治療受診等証明書（焼津市不妊治療費助成金（43歳未満）用）

下記の者については、不妊治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、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

実施医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

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	()
		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
受診者 生年月日				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	<input type="checkbox"/> 保険適用と保険適用外の先進医療を併用 <input type="checkbox"/> 保険適用外の医療のみ実施 理由： <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 回数 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	※今回の治療にかかった診療額合計(保険外診療に限る。) 特定不妊治療 _____ 円 男性不妊治療 _____ 円			
治療内容	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精			
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> その他 []			

※1 □は、該当する項目にレ点をつけてください。

※2 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。