

加須市長 様

下記のとおり特定不妊治療又は男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。※1

（治療実施医療機関）所在地

医療機関名

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

1 治療を受けた者			
男 氏名	_____（	年	月 日生）
女 氏名	_____（	年	月 日生）
2 今回実施した治療等（該当項目に☑）			
(1) 特定不妊治療			
<input type="checkbox"/>	体外受精	<input type="checkbox"/>	顕微授精
(2) 男性不妊治療			
<input type="checkbox"/>	精巣内精子採取術		
3 妊娠の有無			
<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/> 妊娠の有無の確認をしていない
4 治療期間※2			
	年	月 日	～ 年 月 日
5 今回の治療費用の領収年月日(期間)及び領収金額（保険診療分について、患者から領収した額を記載）			
	年	月 日	～ 年 月 日
特定不妊治療費	金	_____円	〔入院室料や食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く〕
男性不妊治療費※3	金	_____円	

※1 原則は、医療機関ごとに1枚ずつご記入ください。ただし、一部の検査のみを委託しているなど、他の医療機関での治療期間や領収金額が分かる場合は、まとめてご記入いただくことも可能です。

※2 治療期間については、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特定不妊治療終了日まで記載してください。

※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。