様式第２号（第４条関係）

つるぎ町こうのとり応援事業（生殖補助医療【保険診療】）受診等証明書

次の者については、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又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療（及びその一環としての男性不妊治療）を実施し、これに係わる医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関　　所在地
名　称
主治医氏名　　印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
		年　月　日生（　歳）		年　月　日生（　歳）
今回の治療への保険適用	保険適用　通算（　）回目 ・保険適用による通算１回目の治療開始時（※）の妻の年齢（　）歳 (※)保険適用を受ける初めての胚移植術に係わる治療計画を作成した日を指します。			
【保険診療で実施した治療】 今回の治療期間※1	（開始）　年　月　日～（終了）　年　月　日 （男性不妊治療分　年　月　日　～　年　月　日）			
【保険診療で実施した治療】 今回の治療内容	（実施した生殖補助医療に係わる治療で該当するものすべてに✔を付けてください。 □採卵術　□受精（□体外受精　□顕微授精）　□受精卵・胚培養 □胚凍結　□胚移植術（□新鮮胚移植　□凍結・融解胚移植） □精巣内精子採取術（行った手術療法：　） （精子回収の有無：　□有　□無　）			

【保険診療で実施した治療】
診療月ごとの保険診療分に係わる医療費

診療年月日	自己負担額※2（窓口負担額）	高額療養費に係わる当該月の自己負担限度額（限度額適用認定証の提示等により確認が取れている場合、適用区分又は限度額を記入してください。）	未確認の場合は✔を記入してください。
生殖補助医療（妻の治療）			
年　月分	円	適用区分（　）又は限度額（　円）	□未確認
年　月分	円	適用区分（　）又は限度額（　円）	□未確認
年　月分	円	適用区分（　）又は限度額（　円）	□未確認
年　月分	円	適用区分（　）又は限度額（　円）	□未確認
年　月分	円	適用区分（　）又は限度額（　円）	□未確認
年　月分	円	適用区分（　）又は限度額（　円）	□未確認
（妻）保険診療分の合計額	円		
男性不妊治療（夫の治療）		適用区分（　）又は限度額（　円）	
年　月分		適用区分（　）又は限度額（　円）	□未確認
年　月分		適用区分（　）又は限度額（　円）	□未確認
（夫）保険診療分の合計額	円		

※１、※２については、裏面の証明書作成に当たっての説明事項を参照してください。