

三郷市早期不妊治療実施証明書

年 月 日

三郷市長 あて

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。

(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

夫 氏名 (年 月 日生)

妻 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

☐ 体外受精 ☐ 顕微授精

(2) 男性不妊治療

☐ 精巣内精子採取術

3 治療期間

年 月 日 ~ 年 月 日

4 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
男性不妊治療費	金	円

直接治療に関わらない費用 (入院室料や食事代、精子・卵子・受精胚の管理料 (保存料)) を除く

5 高額療養費の適応 (いずれかにレ点が必要)

☐ 高額療養費が該当する月については全て控除した額を支払い済み

☐ 高額療養費を控除せず支払い済み

☐ 高額療養費は適応外

<助成対象外となる費用>
タイミング法、人工授精等の一般不妊治療に係る費用、夫婦以外の第三者からの精子・卵子又は胚の提供による不妊治療、代理母、借り腹にかかる費用、保険適用されない先進医療に係る費用、入院室料、食事代) 等