

記入例

徳島市ひまわり家族応援事業（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、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

令和 ●年 ●●月 ●●日

医療機関

所在地
名称
主治医氏名

スタンプ可



押印をお願いします。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

主治医名がサインの場合は印の押印不要

ふりがな 受診者氏名	夫 あわ まいと 阿波 舞都 S・H ●●年 ●月 ●日生（◆●歳）	妻 あわ おどりこ 阿波 踊り子 S・H ▲年●月 ●日（◆●歳）		
【保険診療で実施した治療】 今回の治療期間（※1）	(開始) 令和 ●年 ●●月 ●●日 ~ (終了) 令和 ●●年 ●●月 ●●日			
【保険診療で実施した治療】 今回の治療内容	<input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 受精（ <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精） <input type="checkbox"/> 受精卵 <input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚移植術（ <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結・融解胚移植） <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術（行った手術療法： ） <input type="checkbox"/> Y染色体微小欠失検査			
【保険診療で実施した治療】 診療月ごとの保険診療分に係る医療費等（※3）	診療年月	自己負担額（窓口負担額）	高額療養費に係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✓を付けてください
	生殖補助医療（妻の治療）			
	令和 ●年 ●月分	◆●●●円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	令和 ●年 ▲月分	●,●◆●●円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	令和 ●年●◆月分	●,▲●●●円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	令和 ▲年 ●月分	●▲●●円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	令和 ▲年 ●月分	●◆●●●円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	令和 ●▲年●月分	●,●◆●●円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	(妻)保険診療分の合計額	上記の合計(ア)円	↑限度額認定証の通用区分をア〜オで記入してください。	
	男性不妊治療（夫の治療）			
令和 ●年●▲月分	●●,▲●◆●円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認	
令和 ▲年 ◆月分	●▲◆●●円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認	
(夫)保険診療分の合計額	上記の合計(イ)円			
【保険診療で実施した治療】 院外処方（※4）	院外処方合計額 ●●▲◆(ウ)円	総合計額 (ア)+(イ)+(ウ) 円		
備考	他院にて注射等を依頼した場合は期間と依頼した病院名、金額を記載してください。			

※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。