様式第２号（第６条関係）

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

㊞

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	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　●日生（●▲歳）
【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 ・保険適用による１回目の治療開始時（※２）の妻の年齢（　▲●　歳）			
【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 ☑精巣内精子採取術　（行った手術療法：　） ☐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）

女性不妊治療（妻）	公的健康保険　（　●▲会社健康保険組合／全国健康保険協会など）			
診療年月	外来	入院	処方	高額療養適用区分
令和　●年　▲月分	●●▲円	▲▲●円	●●●円	ウ
令和　●年　●月分	●●●●●円	●●●●円	●▲●▲円	ウ
令和　▲年●◆月分	▲●●▲円	▲●●▲円	●●●円	エ
令和　年　月分	円	円	円	
令和　年　月分	円	円	円	
令和　年　月分	円	円	円	
		(妻)保険診療分の合計金額 ●●▲●▲　円		
男性不妊治療（夫）	公的健康保険　（●●共済組合／国民健康保険など　）			
令和　◆年　●月分	●●◆▲●円	●◆▲●円	●●◆　円	
令和　年　月分	円	円	円	
総合計金額（夫＋妻） ●●▲●▲　円		**(夫)保険診療分の合計金額** ●●◆▲●　円		

備　考	