

前橋市不妊治療費助成事業受診等証明書

(宛先) 前橋市長

令和 年 月 日

下記のとおり、前橋市不妊治療助成事業の対象となる不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 _____

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日	夫	昭和 平成	妻	昭和 平成

(A)一般不妊治療

今回の証明に係る治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
治療の内容	<input type="checkbox"/> 治療計画の作成 (夫婦への説明・同意の取得) <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 不妊治療に係る手術 ※該当がある場合は必ず内容をご記入ください。 (内容: _____) <input type="checkbox"/> その他医師が必要と認めた検査・治療 ※該当がある場合は必ず内容と理由をご記入ください。 (内容と理由: _____)

(B)生殖補助医療

今回の証明に係る治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
治療の内容	<input type="checkbox"/> 治療計画の作成 (夫婦への説明・同意の取得) <input type="checkbox"/> 採卵 (回) <input type="checkbox"/> 胚凍結 (回) <input type="checkbox"/> 体外受精 (回) <input type="checkbox"/> 胚移植 (回) <input type="checkbox"/> 顕微授精 (回) <input type="checkbox"/> 先進医療 ※厚生労働省に届出済又は承認済であること
先進医療技術名 <small>※上記「治療の内容-先進医療」に ☑がある場合、該当する技術に☑ してください。</small>	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> ()

※R5.4.1現在 技術は随時更新

(A)・(B)不妊治療	①保険診療分 円	助成対象額	①+②
助成対象額	②自由診療分 円	合計	円

(C)男性不妊治療

今回の証明に係る治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※男性不妊治療手術を行った日を記載してください。
治療の内容	・男性不妊治療の行った手術療法を記載してください (精子回収の有無) () 1. 有 2. 無

(C)男性不妊治療	①保険診療分 円	助成対象額	①+②
助成対象額	②自由診療分 円	合計	円

- 1 助成対象となる医療機関は、保険医療機関です。
- 2 不妊治療に係る費用 (院外処方薬の医薬品含む) のみをご記入ください。
- 3 不妊治療外の費用 (妊娠検査、健康食品 (サプリメント等)、入院費 (入院時食事療養費、差額ベッド代)、文書作成料) は含まないでください。
- 4 「不妊治療に係る手術」「その他医師が必要と認めた検査・治療」に該当がある場合は、必ず内容・理由をご記入ください。

(裏面を必ずご記入ください)

(A)一般不妊治療と(B)生殖補助医療

(注)保険診療分は、月の上限5万円です。

診療月	①保険診療分		②自由診療分の領収額
	★保険診療分の領収額	★又は5万円のいずれか少ない額	
2023(令和5)年 1月分	円	円	円
2023(令和5)年 2月分	円	円	円
2023(令和5)年 3月分	円	円	円
2023(令和5)年 4月分	円	円	円
2023(令和5)年 5月分	円	円	円
2023(令和5)年 6月分	円	円	円
2023(令和5)年 7月分	円	円	円
2023(令和5)年 8月分	円	円	円
2023(令和5)年 9月分	円	円	円
2023(令和5)年 10月分	円	円	円
2023(令和5)年 11月分	円	円	円
2023(令和5)年 12月分	円	円	円
	★保険診療合計	①保険診療分助成対象額	②自由診療分助成対象額
	円	円	円
		助成対象額の合計(①+②)	
		円	

(C)男性不妊治療

(注)保険診療分は、月の上限5万円です。

診療月	①保険診療分		②自由診療分の領収額
	★保険診療分の領収額	★又は5万円のいずれか少ない額	
2023(令和5)年 1月分	円	円	円
2023(令和5)年 2月分	円	円	円
2023(令和5)年 3月分	円	円	円
2023(令和5)年 4月分	円	円	円
2023(令和5)年 5月分	円	円	円
2023(令和5)年 6月分	円	円	円
2023(令和5)年 7月分	円	円	円
2023(令和5)年 8月分	円	円	円
2023(令和5)年 9月分	円	円	円
2023(令和5)年 10月分	円	円	円
2023(令和5)年 11月分	円	円	円
2023(令和5)年 12月分	円	円	円
	★保険診療合計	①保険診療分助成対象額	②自由診療分助成対象額
	円	円	円
		助成対象額の合計(①+②)	
		円	

▶記入例

診療月	★保険診療分の領収額	★又は5万円のいずれか少ない額	②自由診療分
2023(令和5)年 1月分	10,000 円	10,000 円	円
2023(令和5)年 2月分	175,000 円	50,000 円	円
2023(令和5)年 3月分	6,000 円	6,000 円	円
2023(令和5)年 4月分	60,000 円	50,000 円	円
2023(令和5)年 5月分	円	円	150,000 円
2023(令和5)年 6月分	円	円	50,000 円
2023(令和5)年 12月分	円	円	円
	★保険診療合計	①保険診療分助成対象額	②自由診療分助成対象額
	251,000 円	116,000 円	200,000 円
		年合計(①+②) ※助成対象	
		316,000 円	

(表面) ※表面に転記をお願いします。

(A)・(B)不妊治療	①保険診療分	116,000 円	助成対象額	①+②
	助成対象額	200,000 円	合計	316,000 円

▶提出書類イメージ

- ▼必ず提出するもの
- ①申請書兼実績報告書
 - ②受診等証明書
 - ③完納証明書
夫のもの
 - ④完納証明書
妻のもの
 - ④保険証のコピー
夫のもの
 - ⑤保険証のコピー
妻のもの
 - ⑥領収書とコピー
 - ⑦診療明細書とコピー

▼その他
必要に応じ提出いただく書類があります。



▶領収書と診療明細書のそれぞれ原本とコピーを提出ください。

①「領収書」と「診療明細書（領収書の内容がわかるもの）」の両方を提出ください。「領収書」の内容が確認できず、助成対象にできない場合があります。

②原本とコピーの両方を提出ください。受付で領収書に受付印を押印した後、原本はお返します。

▶領収書を紛失した場合は助成できません。

▶先進医療届出医療機関一覧

厚生労働省のホームページに掲載されています。

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensinryo/kikan02.html>