

様式第2号の2 (両面印刷)

# 前橋市不妊治療費助成事業受診等証明書 (C)

医療機関証明日 令和 年 月 日

(宛先) 前橋市長

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		
受診者生年月日	夫	昭和 平成	年 月 日

(C)男性不妊治療		
今回の証明に係る治療期間	令和7年 月 日 ~ 令和7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 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術 (TESE)	(精子回収の有無) 1. 有 2. 無 <input type="checkbox"/> ( )

## (C)男性不妊治療 治療費計算表

(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	
1月分	円	円	円
2月分	円	円	円
3月分	円	円	円
4月分	円	円	円
5月分	円	円	円
6月分	円	円	円
7月分	円	円	円
8月分	円	円	円
9月分	円	円	円
10月分	円	円	円
11月分	円	円	円
12月分	円	円	円
	★保険診療分 領収書の合計 円	①保険診療分 助成対象額 円	②自由診療分 助成対象額 円

助成対象額の合計

(C) 男性不妊治療

①+②
円

## 令和7年度前橋市不妊治療費助成金交付要項より抜粋

<対象となる検査と治療>

(A)一般不妊治療

(B)生殖補助医療

生殖補助医療のうち、上記に加えて実施されることのあるオプション治療で、保険適用のもの（アシステッドハッチング、高濃度ヒアルロン酸含有培養液）、先進医療（※）として保険と併用したものは対象になります。

※「先進医療」とは、厚生労働省が承認する先進医療技術とその先進医療実施医療機関として届出済又は承認済の医療機関で受けた治療のことです。厚生労働省が承認する先進医療技術・先進医療実施医療機関については、厚生労働省のホームページ「先進医療を実施している医療機関の一覧」に掲載されているものです。（実施医療機関ではない医療機関で受けた先進医療は、助成の対象になりません。）

(C)男性不妊治療

生殖補助医療を行うにあたり、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術

-----

上記(A)(B)(C)のうち、次のア～ウに掲げる治療は助成の対象としません。

ア 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの

イ 借り腹（夫婦の精子と卵子を使用できるが、子宮摘出等により妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を、妻以外の第三者の子宮に注入し、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの

ウ 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出した場合等、妻の卵子が使用できない、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの

-----

<対象外経費>

- (1)自費の妊娠検査薬、妊娠中の医療費
- (2)鍼灸治療、処方箋によらない医薬品・健康食品（サプリメント等）の費用
- (3)入院時の差額ベッド代、食事療養費
- (4)文書作成料、交通費
- (5)凍結された精子・卵子・胚の凍結保存維持管理料
- (6)着床前診断、出生前診断、男女生み分けに係る費用
- (7)カウンセリング費用
- (8)保険未加入による自費の治療費