

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、「令和8年度前橋市不妊治療費助成事業における助成対象」により

- ・ 当該治療の実施について医療機関の要件を満たしていること
- ・ 本証明書において、助成対象となる治療の範囲に該当する治療費のみを記載することを確認した上で、本証明書を作成いたします。

※医療機関が記入すること

| | |
|---|--|
| 本証明書作成者 (医療機関の名称及び所在地 主治医氏名) | |
| 連携している保険医療機関名 ※生殖補助医療管理料にかかわる届出を行っていない場合のみ記入必須 | |

| | |
|---------|-------------|
| 受診者氏名 | |
| 受診者生年月日 | 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8年 月 日 ~ 令和8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 | <ul style="list-style-type: none"> ・実施内容を記載してください <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術 (TESE) <input type="checkbox"/> 精子凍結保存・維持管理 <input type="checkbox"/> () ・自費での治療の有無 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容・理由) |
| | (精子回収の有無) 1. 有 2. 無 |

(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 | |
| R8. 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 |
| 1 0 月分 | 円 | 円 | 円 |
| 1 1 月分 | 円 | 円 | 円 |
| 1 2 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 |
|-----|---|