

前橋市不妊治療費助成事業受診等証明書 (A)・(B)

医療機関証明日 令和 年 月 日

不妊症診断日 令和 年 月 日

※診断日がR7.12.31以前の場合も記入してください

(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)	
------------------------------------	--

受診者氏名	夫	昭和 年 月 日	妻	昭和 年 月 日
受診者生年月日		平成 年 月 日		平成 年 月 日

(A)一般不妊治療	
今回の証明に係る治療期間	令和8年 月 日 ~ 令和8年 月 日
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"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤治療 <input type="checkbox"/> 不妊治療に係る手術 <input type="checkbox"/> その他 (自由記載欄)

(B)生殖補助医療	
今回の証明に係る治療期間	令和8年 月 日 ~ 令和8年 月 日
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"/> 顕微授精 (回) <input type="checkbox"/> 胚移植 (回) <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 内容と理由
その他の検査・治療	

(A)一般不妊治療と (B)生殖補助医療 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
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	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

自由診療の理由 (該当するものにチェック ☑をしてください)
<input type="checkbox"/> 保険適用外の検査 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 年齢制限 <input type="checkbox"/> 回数制限 <input type="checkbox"/> オーダーメイド治療 <input type="checkbox"/> その他

助成対象額の合計

- (A) 一般不妊
- (B) 生殖補助医療

①+② 円