様式第２号（第６条関係）

蕨市早期不妊治療実施証明書

年　　月　　日

蕨市長　あて

次のとおり特定不妊治療又は男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

（治療実施医療機関）所　在　地
医療機関名
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

１　治療を受けた者

夫　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日生）

妻　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日生）

２　今回実施した治療等（該当項目に☑）

（１）特定不妊治療

□　体外受精　　□　顕微授精

（２）男性不妊治療

□　精巣内精子採取術

３　治療期間※1

年　　月　　日　～　　年　　月　　日

４　今回の治療費用の領収年月日（期間）及び領収金額（保険診療分について、患者から領収した額を記載）

年　　月　　日　～　　年　　月　　日

特定不妊治療費　金　　円

男性不妊治療費※2　金　　円

（入院室料や食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く。）

※１　治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日まで記載してください。

※２　主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。