第２号様式（第７条関係）

阿賀野市特定不妊治療保険医療機関等証明書

下記の者については、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

阿賀野市長　様

指定医療機関
所在地
名　称
主治医氏名

指定医療機関記入欄（治療に関する事項については主治医がご記入ください。）

氏　　名 生年月日	夫	年　　月　　日（　歳）	妻	年　　月　　日（　歳）
今回の治療方法	１　体外受精　　２　顕微授精　　（該当する番号に○を付けてください）			
保険適用外の場合	特定不妊治療を初めて開始した日　　年　　月　　日　今回で　　回目			
今回の治療期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日			

今回の治療内容

○採卵日　　（令和　　年　　月　　日）

○胚移植日　　（令和　　年　　月　　日）

○妊娠判定日　　（令和　　年　　月　　日）

○治療経過（妊娠判定結果、中止・中断理由　等）

注射等を他の医療機関に依頼した場合、その医療機関名（　　）

○治療に要した費用

・治療期間中に他市区町村から転入した場合は、夫婦両方が転入した日以降の治療費を記入。

・転入日が不明な場合は、市の特定不妊治療助成担当課へ問い合わせください。

１　医療保険各法の適用を受ける治療　　自己負担割合　　割　　円　①

２　その他の治療に要した費用（保険外診療）　※入院費、食事料、文書料、消費税を除く

円　②

合　計　　円　（①＋②）

※　医療機関発行の領収書の写しを添付してください。

市記入欄	（転入日）　　年　　月　　日	（備考）