

様式第2号その3（第6条関係）

阿蘇市生殖補助医療費医療機関受診等証明書
（男性不妊治療用）

下記の者について、生殖補助医療を行い、これに係る医療費（自己負担額）を次のとおり証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

（ふりがな） 受診者氏名	夫 （パートナー）	（ ）	妻 （パートナー）	（ ）
受診者 生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療方法	行った手術療法を記載ください。			（精子回収の有無） 有 ・ 無
今回の治療期間※1	年 月 日 ～ 年 月 日			
自己負担額	[今回の治療にかかった金額合計：保険診療に限る] 男性不妊治療費※2 自己負担額 円			

※1 治療期間については、男性不妊治療手術を行った日を記載してください。

※2 男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため、治療を中止した場合も助成の対象となります。

【裏面も必ずご記入ください】

	診療月	保険診療分負担額	
		医療機関徴収分	院外薬局徴収分
自己負担額の内訳	年 月分	円	円
	年 月分	円	円
	年 月分	円	円
	年 月分	円	円
	年 月分	円	円
	年 月分	円	円
	年 月分	円	円
	年 月分	円	円
	年 月分	円	円
	年 月分	円	円
計		① 円	② 円
今回の治療にかかった合計金額 ① + ②		円	