様式第２号（第７条関係）

伊達市不妊治療医療機関等証明書

年　　月　　日

（宛名）伊達市長

医療機関　　所 在 地
（調剤薬局）　名　　称
代 表 者　　㊞
電話番号

次のとおり不妊治療を実施し、自己負担額を領収したことを証明します。

受診者（夫）氏名		受診者（妻）氏名	
貴医療機関における治療診療開始年月日（※１）	年　　月　　日		
１月～12月における診療期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
検査・治療の内容（※２）	□一般不妊治療	□超音波検査 □ホルモン療法 □タイミング療法 □薬物療法 □排卵誘発法 □子宮卵管造影検査 □手術療法 □クラミジア抗体検査 □精液検査 □人工授精 □頚管粘膜検査 □子宮鏡検査 □その他（　　）	
	□特定不妊治療	Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ 該当する記号（※３参照）に○をつけてください。	Ａ又はＢの場合 １　体外受精　　２　顕微授精
	□男性不妊治療	※行った手術療法をご記入ください。	
	□先進不妊治療	□有り　　□無し ※有りの場合は別紙にご記入ください。	
院外処方の有無	□有り　　□無し		

	区　分※４	夫		妻	
		診療点数	自己負担額	診療点数	自己負担額
自己負担額内訳	年１月分	点	円	点	円
	年２月分	点	円	点	円
	年３月分	点	円	点	円
	年４月分	点	円	点	円
	年５月分	点	円	点	円
	年６月分	点	円	点	円
	年７月分	点	円	点	円
	年８月分	点	円	点	円
	年９月分	点	円	点	円
	年10月分	点	円	点	円
	年11月分	点	円	点	円
	年12月分	点	円	点	円
保険適用（夫婦合算）		診療点数合計　　点		自己負担額合計　　円	

※１　夫婦ともに治療を行った場合は、治療開始の早い方を記入して下さい。

※２　薬局の証明の場合は、検査・治療の内容及び診療点数欄の記入は不要です。

※３

【対象となる治療】

A　新鮮胚移植を実施

B　凍結胚移植を実施。ただし、次の①又は②の場合に限ります。

①　採卵・受精後、１～３周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

②　採卵準備前に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

C　以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施

D　体調不良等により移植のめどが立たず治療終了

E　受精できず又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止

F　採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

※４　一般と特定どちらも治療している場合は、区分の欄に一般は㊀、特定は特とご記入ください。