第２号様式（第６条関係）

特定不妊治療・男性不妊治療実施証明書

年　　月　　日

越谷市長　宛

特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

所　在　地
治療実施医療機関　医療機関名
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。）

<table>
<tr><td>受診者氏名</td><td colspan="2">夫</td><td colspan="2">妻</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日生</td><td colspan="2">年　月　日生</td></tr>
<tr><td rowspan="2">治療方法
（該当項目に☑）</td><td colspan="2">区分は別表を参照※１
☐A　☐B　☐C
☐D　☐E　☐F</td><td colspan="2">Ａ又はＢの場合
☐体外受精　☐顕微授精</td></tr>
<tr><td>男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。
〔　　〕</td><td>（精子回収の有無）
☐有　・　☐無</td><td>（妊娠の有無）
☐有　・　☐無</td></tr>
<tr><td>治療期間※２</td><td colspan="4">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
<tr><td>治療費用の領収年月日（期間）</td><td colspan="4">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
<tr><td>領収金額
（保険外診療に限る。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。）</td><td colspan="4">特定不妊治療費（男性不妊治療費除く。）　金　　円
男性不妊治療費※３　金　　円
合　計　金　　円</td></tr>
<tr><td>日本産科婦人科学会ＵＭＩＮ個別調査票登録の有無</td><td colspan="3">☐有　症例登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿
※４</td><td>☐無</td></tr>
</table>

※１　別表とは、越谷市特定不妊治療費助成事業実施要綱（平成２７年告示第１１７号）第２号様式別表をいう。
※２　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を記載してください。
※３　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（指定を受けていない医療機関である場合を含む）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。
※４　日本産科婦人科学会ＵＭＩＮ個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。
注１　助成対象となる治療は、別表のいずれかに相当するものです。
注２　採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は、助成の対象となりません。