

亀山市不妊治療費助成金（こうのとりの支援）受診等証明書

下記の者について、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

申請者 ※1 (不妊治療を受けた人)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
配偶者		昭和 平成 年 月 日 (歳)
不妊治療の種別	1. 人工授精 2. 体外受精 3. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)	
不妊治療の内容	上記治療の内容は、三重県特定不妊治療費助成事業実施要綱の規定による事業の (助成対象である ・ 助成対象でない)	
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
不妊治療に要した医療費のうち自己負担額 (保険適用外の金額) ※2	円	
上記金額のうち一般不妊治療（人工授精）に要した額	(円)	

※1 申請者（不妊治療を受けた人）は、医療機関発行の領収書の名義の人となります。

※2 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療及び代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入し、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）に係る経費、借り腹（夫の精子及び妻の卵子は使用できるが妻が子宮を摘出したこと等により、妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入することにより当該第三者が妻の代わりに妊娠し及び出産するもの）に係る経費を除く。