

様式第2号（第6条関係）

沖縄市不妊治療費助成事業受診等証明書（生殖補助医療用）

年 月 日

沖縄市長 様

【医療機関名】

所在地

名称

主治医氏名

（署名又は記名押印）

下記の者に対して、生殖補助医療を実施し、治療に係る費用を領収したことを証明します。

夫の氏名		生年月日	
加入保険医療	【種別】 国保 ・ 健保 ・ 船員 ・ 共済 ・ その他（ ）	【保険者番号】	【被保険者の記号及び番号】
	【区分】 本人 ・ 被扶養者		
妻の氏名		生年月日	
加入保険医療	【種別】 国保 ・ 健保 ・ 船員 ・ 共済 ・ その他（ ）	【保険者番号】	【被保険者の記号及び番号】
	【区分】 本人 ・ 被扶養者		
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
治療方法又は治療を中止した場合の理由	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植（ <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 ） <input type="checkbox"/> 採卵・採精から凍結胚移植に至る一連の治療（ <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 ） <input type="checkbox"/> 以前に凍結した胚による胚移植 <input type="checkbox"/> 体調不良等により移植の目途が立たず治療を終了 <input type="checkbox"/> 受精できず、又は異常受精等により中止 <input type="checkbox"/> 採卵したが卵が得られない、又は状態のいい卵が得られないため中止 <input type="checkbox"/> 採精術（ <input type="checkbox"/> Micro-TESE <input type="checkbox"/> simple-TESE <input type="checkbox"/> MD-TESE）		

※この証明書を沖縄県外の医療機関が発行するときは、当該医療機関所在地の都道府県の自治体の長が生殖補助医療を実施する医療機関として指定したものであることを証明する書類を添付すること。