

音更町特定不妊治療費等補助金受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療（又はその調剤の処方）を実施し、これに係る医療（調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

印

※医療機関（主治医）が記入してください。

フリガナ						
受診者氏名		夫	妻			
受診者生年月日 (治療開始時点の年齢)		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日			
今回の治療期間		年 月 日 から 年 月 日 まで				
		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の1回の治療期間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を行った終了日までを記載してください。				
治療内容		特定不妊治療（該当する記号に○をつけてください。裏面参照）				
		A B C D E F				
		男性不妊治療（行った手術療法を記載してください。）				
当該受診者が、今回行った不妊治療の内容について記入してください。		上記治療に伴い医師が必要として実施した先進医療（該当するものに○をつけてください。）				
		<ul style="list-style-type: none"> ・ PICSI ・ SEET法 ・ IMSI ・ 二段階胚移植法 ・ 反復着床不全に対する投薬（タクロリムス） ・ その他（名称： 				
確認事項		<ul style="list-style-type: none"> ・ 院外処方の有無（有・無） ・ 高額療養費限度額適用認定証の有無（有・無） 				
自己負担額（一治療分）		特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く)	保険適用治療分			
			円			
		男性不妊治療費	先進医療分			
			円			
自己負担額の内訳	特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く)	診療年月	保険診療の 自己負担額	先進医療等	院外処方分	高額療養費の 有無
		年 月	円	円	円	有・無
		年 月	円	円	円	有・無
		年 月	円	円	円	有・無
		年 月	円	円	円	有・無
		年 月	円	円	円	有・無
	男性不妊治療費	年 月	円	円	円	有・無

(記載上の注意)

- 1 当該受診者に関して行った保険診療による生殖補助医療、男性不妊治療、併せて行った先進医療に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から「院外処方分」の欄に記入してください。
- 3 個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。

特定不妊治療の内容

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不調等により移植のめどが立たず治療終了
- E 授精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- 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

※ 先進医療に於いては医師が必要と認めた場合に該当になります。