

生殖補助医療費助成事業受診等証明書

年 月 日

新冠町長 様

医療機関 所在地
名称
主治医名

(Tel)

下記の者（夫婦）に対し、次のとおり生殖補助医療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費の本人負担額を徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄

受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日生	妻	年 月 日生	
今回の治療法及び内容 該当する記号（注2）	A B C D E F		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください。)		
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし				
自己負担額内訳	区分	医療機関分		薬局分	
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担額②	本人負担額③
	医療費総額	本人負担額①			
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
【今回の治療にかかった金額合計】					
領収金額		円（本人負担額①～③の合計額）			

- 注1 当該患者に関して行った生殖補助医療（一般不妊治療を除く。）に係るもののみご記入ください。
2 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は除いて下さい。
3 院外処方の有無が「あり」の場合、「本人負担額内訳」欄の「薬局分」も記入してください。
4 助成対象となる治療は次のいずれかの治療です。
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（採卵・受精後、胚を凍結し母体の状態を整えるために1～3週間程度の間隔を開けた後に胚移植を行う治療方針に基づく一連の治療）
C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
D 体調不良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、多精子などの異常授精等による中止
F 採卵した卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止
- ※男性不妊治療は、特定不妊治療過程の一環として考えているため、単独での助成は行っておりません。