

江南市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

次の者については、次のとおり特定不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費〔保険適用外分〕を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

医療機関記入欄 (主治医をご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日(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 ~ 年 月 日		
今回の治療方法	1 該当する記号(A~F)のいずれか1つに○を付けてください。 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周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療指針に基づく一連の治療を行った場合) C 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に治療終了 E 受精できずに、又は胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止 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(採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は精子が得られないため治療を終了した場合も含む)			
	2 実施した治療にチェック(複数可)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療() <input type="checkbox"/> 先進医療() <input type="checkbox"/> その他()			
院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)				
本人負担額の内訳	区 分	実費(保険適用外)負担額		
		医療機関徴収分①	薬局徴収分②	
	年 3月分	円	円	
	年 4月分	円	円	
	年 5月分	円	円	
	年 6月分	円	円	
	年 7月分	円	円	
	年 8月分	円	円	
	年 9月分	円	円	
	年10月分	円	円	
	年11月分	円	円	
	年12月分	円	円	
	年 1月分	円	円	
	年 2月分	円	円	
計	円	円		
[今回の治療にかかった金額合計]				
領収金額		円 (上記本人負担額①②の合計額となります。)		

<注釈>

- 注1 当該患者に関して行った特定不妊治療（先進医療を含む体外受精及び顕微授精並びに精子を精巣又は精巣上体から採取する男性不妊治療）に係るもののみご記入ください。
- 2 A～Fに該当しないもの、又は採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。
- 3 その他については上記治療以外に行った治療の詳細を記入してください。
- 4 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 5 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等治療に直接関係のないものは含まないでください。

