

滝沢市長 様

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

印

滝沢市生殖補助医療等医療機関受診等証明書

次の者について、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、これに係る医療（調剤）費を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（※太枠内を記入してください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
治療方法	I	A B C D E F (該当する記号(注参照)に○を付けてください)		A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)
	II	男性不妊治療の実施		有 ・ 無
		男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 ()		
	III	院外処方の有無		有 ・ 無
IV	他医療機関への依頼(※1:裏面)		有 ・ 無	
	(医療機関名)		(指示内容)	
治療期間 (※2:裏面)	年 月 日 ~ 年 月 日			

(注) 助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。

I. 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周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)

C 以前に凍結した胚による胚移植を実施

D 採卵・受精後に体調不良等により移植のめどが立たず治療終了

E 採卵後、受精できず、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。

II. 男性不妊治療 生殖補助医療の過程で、精巣又は精巣上体から精子を採取する手術

(※) 男性不妊治療のみの場合は、助成対象となりません。

(裏面もご記入ください)

(裏面) 【本人負担内訳】

区分	診療年月日	生殖補助医療 医療機関徴収分 (円)			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※市記載欄)
		医療費総額	本人負担額		
本人負担額の 内訳	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	小 計		①		②
生殖補助医療にかかった金額 (男性不妊治療を除く)		③ 生殖補助医療自己負担分 (保険診療分①+②) ※市記載欄 円			

区分	診療年月日	男性不妊治療 医療機関徴収分 (円)			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※市記載欄)
		医療費総額	本人負担額		
本人負担額の 内訳	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	小 計		④		⑤
男性不妊治療にかかった金額 (単独の場合は対象外)		⑥ 男性不妊治療自己負担分 (保険診療分④+⑤) ※市記載欄 円			

※市記載欄	自己負担額合計(③+⑥) 円
-------	-------------------

備考

- 1 治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。
- 2 治療開始日は、今回の治療における生殖補助医療実施計画書に同意した日を記入してください。
- 3 治療に直接関係のない費用 (入院費、文書料、食事代等) は含まないでください。
- 4 院外処方が「有」の場合、本人から院外処方に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、院外処方本人負担額への記入は必要ありません。