

仁木町特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり、領収したことを証明します。

年 月 日

仁木町長 様

医療機関等 所在地
名 称
主治医

印

※ 医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注意事項1参照)に○をつけてください。		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。	
	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。 []		精子回収の有無 1 有 2 無	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
日本産婦人科学会 UMIN個別調査 票登録の有無	有 → 症例登録番号(注2)			
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る。] 特定不妊治療費(男性不妊治療を除く) 領収金額 円 男性不妊治療費(注3) 領収金額 円			

(注1) 治療期間については、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終了日までを記載してください。

(注2) 日本産婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

(注3) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関(指定を受けていない医療機関である場合を含む)で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

(注意事項)

- 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、母体の状況を整えるために、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 体調不良等により移植の目処が立たず治療終了
 - E 受精できず、または、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
- ※ 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子を得られない、または状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

【様式第2号 裏面】

区分	保険診療分		保険診療以外の診療分本人負担金額	
	診療点数	本人負担金額	助成該当費用	非助成該当費用
年 4月分	点	円	円	円
5月分	点	円	円	円
6月分	点	円	円	円
7月分	点	円	円	円
8月分	点	円	円	円
9月分	点	円	円	円
10月分	点	円	円	円
11月分	点	円	円	円
12月分	点	円	円	円
年 1月分	点	円	円	円
2月分	点	円	円	円
3月分	点	円	円	円
合計	点	円	円	円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

※ 助成該当費用とは、直接治療に要した費用を記入してください。

※ 非助成該当費用とは、食事代、入院費、文書料及び凍結保存に係る費用等を記入してください。

※ 院外処方がある方は、院外処方に要した費用も助成の対象となります。その場合、薬局が発行する証明書又は領収書の添付が必要です。