

大村市不妊治療費助成金受診等証明書

下記の者については、次のとおり保険診療の一般不妊治療又は生殖補助医療を実施し、これに係る医療費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関（又は薬局）の所在地

医療機関（又は薬局）の名称

主治医（又は薬剤師）氏名

印

◎裏面の説明事項を参照してください。

医療機関（薬局）記入欄（主治医又は薬剤師がご記入ください。薬局の場合は太枠のみご記入ください）

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------|---------|---|-------------|---------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | (|) | 妻 | (|) |
| | | | | | | |
| 受診者生年月日 | | 年 月 日 | (歳) | | 年 月 日 | (歳) |

当該患者が行った不妊治療について、該当箇所にご記入ください。

| | | | |
|--|---|---------------------------------|---|
| 本人 負 担 額 の 内 訳 | 【受 診 者】 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 どちらかにチェックしてください | | |
| | 【治療期間】 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | 内容 一般不妊治療 又は 生殖補助医療 にチェック | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 | <input type="checkbox"/> 不妊スクリーニング検査・ <input type="checkbox"/> 精液検査・ <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法： □タイミング法・ <input type="checkbox"/> 人工授精・ <input type="checkbox"/> その他()) |
| | | <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 | <input type="checkbox"/> 採卵・ <input type="checkbox"/> 頭微授精・ <input type="checkbox"/> 体外受精・ <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養・ <input type="checkbox"/> 胚凍結・ <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 () · <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 受診年月 | | |
| | 年 月分 | 医療機関徴収分 | 薬局徴収分 |
| | 年 月分 | 円 | 円 |
| | 年 月分 | 円 | 円 |
| | 年 月分 | 円 | 円 |
| | 年 月分 | 円 | 円 |
| 年 月分 | 円 | 円 | |
| 計 | 円 | 円 | |
| 【妊娠成立の有無】 有 · 無 | | | |
| | 【受 診 者】 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 どちらかにチェックしてください | | |
| | 【治療期間】 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | 内容 一般不妊治療 又は 生殖補助医療 にチェック | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 | <input type="checkbox"/> 不妊スクリーニング検査・ <input type="checkbox"/> 精液検査・ <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法： □タイミング法・ <input type="checkbox"/> 人工授精・ <input type="checkbox"/> その他()) |
| | | <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 | <input type="checkbox"/> 採卵・ <input type="checkbox"/> 頭微授精・ <input type="checkbox"/> 体外受精・ <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養・ <input type="checkbox"/> 胚凍結・ <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 () · <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 受診年月 | | |
| | 年 月分 | 医療機関徴収分 | 薬局徴収分 |
| | 年 月分 | 円 | 円 |
| | 年 月分 | 円 | 円 |
| | 年 月分 | 円 | 円 |
| | 年 月分 | 円 | 円 |
| 年 月分 | 円 | 円 | |
| 計 | 円 | 円 | |
| 【妊娠成立の有無】 有 · 無 | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| 本人負担額の内訳 | 【受診者】 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 どちらかにチェックしてください | | |
| | 【治療期間】 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | 内容 一般不妊治療 又は 生殖補助医療 にチェック | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 | <input type="checkbox"/> 不妊スクリーニング検査・ <input type="checkbox"/> 精液検査・ <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法: □タイミング法・ <input type="checkbox"/> 人工授精・ <input type="checkbox"/> その他())・ <input type="checkbox"/> 薬物療法 |
| | | <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 | <input type="checkbox"/> 採卵・ <input type="checkbox"/> 顎微授精・ <input type="checkbox"/> 体外受精・ <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養・ <input type="checkbox"/> 胚凍結・ <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療()・ <input type="checkbox"/> その他() |
| | 治療③ | | |
| | 受診年月 | | 医療機関徴収分 |
| | 年 月 分 | | 円 |
| | 年 月 分 | | 円 |
| | 年 月 分 | | 円 |
| | 年 月 分 | | 円 |
| 年 月 分 | | 円 | |
| 計 | | 円 | |
| 【妊娠成立の有無】 有 · 無 | | | |
| 【受診者】 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 どちらかにチェックしてください | | | |
| 本人負担額の内訳 | 【治療期間】 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | 内容 一般不妊治療 又は 生殖補助医療 にチェック | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 | <input type="checkbox"/> 不妊スクリーニング検査・ <input type="checkbox"/> 精液検査・ <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法: □タイミング法・ <input type="checkbox"/> 人工授精・ <input type="checkbox"/> その他())・ <input type="checkbox"/> 薬物療法 |
| | | <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 | <input type="checkbox"/> 採卵・ <input type="checkbox"/> 顎微授精・ <input type="checkbox"/> 体外受精・ <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養・ <input type="checkbox"/> 胚凍結・ <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療()・ <input type="checkbox"/> その他() |
| | 治療④ | | |
| | 受診年月 | | 医療機関徴収分 |
| | 年 月 分 | | 円 |
| | 年 月 分 | | 円 |
| | 年 月 分 | | 円 |
| | 年 月 分 | | 円 |
| | 年 月 分 | | 円 |
| 計 | | 円 | |
| 【妊娠成立の有無】 有 · 無 | | | |

◎証明書作成に当たっての説明事項

- 助成の対象となるのは、保険診療の一般不妊治療及び生殖補助医療です。保険診療及び保険外診療（先進医療を除く。）を組み合わせて行ういわゆる混合診療による不妊治療又は保険外診療のみで行う不妊治療は、助成の対象となりません。
- 治療期間については、一般不妊治療にあっては治療開始日から治療終了日まで、生殖補助医療にあっ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生殖補助医療終了日までを記載してください。
- 複数回分の治療をまとめて記載することができます。