

荒尾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、不妊症と診断し、次のとおり体外受精、顕微授精又は男性不妊治療を実施し、これに係る医療費（保険適用分）を徴収したことを証明します。

全て医療機関が記載

年 月 日

医療機関名
所在地
主治医氏名

医師の署名（直筆）の場合は押印不要。
署名（直筆）でない場合は名前の横に押印。

※署名又は記名押印

医療機関記入欄

(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)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（裏面参照）に○を付けてください。		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。 A～F全ての治療方法において御記入ください。	
	男性不妊治療を行った場合、行った治療法・治療医療機関を記載ください。 手術療法名 [] 医療機関名 []		(精子回収の有無) 1 有 2 無	
今回の治療期間 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日			
	(胚移植を実施した日) 年 月 日			
通算の胚移植回数 (保険適用後)	A, B, Cの場合に記入してください。		今回第 [] 回目	
今回の移植胚数	A, B, Cの場合に記入してください。		年 月 日 [] 個	
通算の採卵回数 (保険適用後)	C以外の場合に記入してください。		今回第 [] 回目	
徴収金額 (保険診療分)	体外受精 ・ 顕微授精		合計	円
	男性不妊治療費 (※2)		合計	円
	院外処方分		合計	円

徴収金額は、今回の治療にかかった合計金額（保険診療分）を記載。
男性不妊治療を実施していない場合
・体外受精・顕微授精の徴収金額は裏面表内①と同額。
・院外処方分の徴収金額は、裏面表内②と同額。

行った日から治療終了日までを御記入く
合は、男性不妊治療を行った日から体
不妊治療を行った場合は、主治医が患
び治療医療機関を御記入ください。
もののみ御記入ください。

2 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、含めないでください。
3 院外処方が有る場合、薬局の領収書から徴収金額を転記してください。（裏面も御記入ください。）

表面、徴収金額に記載した金額の月ごとの内訳を記載。

内訳

本人負担額の内訳	診療月	保険診療分(徴収金額)	
		医療機関分	院外処方分
	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
	年 月分	円	円
合計		① 円	② 円
今回の治療にかかった合計金額 ①+②		円	

※助成の対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。

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周期の間隔を空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

備考

- 1 採卵に至らないケースは助成対象となりません。
- 2 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、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合は対象となります。