

中山町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不妊症と診断して生殖補助医療を実施し、これに係る医療費の自己負担額を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名・所在地

主治医師名

印

医療機関が記入してください。

(ふりがな) 受診者氏名		生年月日		年 月 日生(歳)	
治療内容	治療方法 ※該当に☑	☐ 採卵 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 胚移植 ☐ 先進医療 ☐ 男性不妊治療(名称)			
	先進医療 ※該当に☑ (実施した場合)	☐ PICSI ☐ 子宮内膜受容期検査(ERPeak) ☐ タイムラプス ☐ 子宮内膜スクラッチ ☐ 子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE) ☐ IMSI ☐ 子宮内フローラ検査 ☐ 二段階胚移植法 ☐ SEET法 ☐ 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 ☐ 子宮内膜受容能検査(ERA) ☐ その他()			
今回の治療期間		採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から治療終了日(妊娠判定又は治療を中止した日)まで 年 月 日 から 年 月 日 まで			
		治療終了区分 ☐ 妊娠判定(有・無) ☐ 治療中止	1回目の治療開始時の妻の年齢(歳)		今回の治療開始時の妻の年齢(歳)
保険の適用		☐ 有(保険適用 回目) ☐ 無(これまで保険適用で治療された回数 回)			
今回の治療期間の徴収分(生殖補助医療に係るもののみご記入ください)					
診療月	医療費総額	高額療養給付額	本人負担額	先進医療に係るものの金額	
年 月分	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	
合計	円	円	① 円	② 円	

助成対象 ※いずれも自己負担分 ※治療に直接関係のない費用(入院室料、食事療養費、文書料等)は対象外

- ・保険診療の対象となる生殖補助医療及び併用して行った先進医療
- ・保険適用回数を超えた40～43歳未満の生殖補助医療(通算3回まで)