

砺波市不妊治療費助成事業受診証明書

砺波市長 あて

下記の方について、特定不妊治療（体外受精又は顕微授精）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、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関等の名称及び所在地

主治医氏名

印

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日 治療開始日年齢		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
<p>○今回の治療方法について（該当する治療方法にチェックをつけてください）</p> <p><input type="checkbox"/> 新鮮胚移植を実施</p> <p><input type="checkbox"/> 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）</p> <p><input type="checkbox"/> 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施</p> <p><input type="checkbox"/> 体調不良により移植のめどが立たず治療終了</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p>※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。</p> <p>○今回の治療状況等（該当する記号に○をつけてください）</p> <p>・妊娠反応（有・無） ・胎嚢の確認（有・無・不明） ・男性不妊治療の実施（有・無）</p>				
治療内容				
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			

当該治療に係る本人負担金額

期 間	保険診療分	
	診療点数	本人負担金額
年 月分	点	円
年 月分	点	円
年 月分	点	円
年 月分	点	円
年 月分	点	円
年 月分	点	円
領収金額（医療機関分）合計		円
限度額適用認定証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
院外処方における本人負担額		円

1 上記の治療に要した保険診療費用のみ記入ください。

2 不妊診断のための検査費、胚凍結保存維持管理料は含みません。また入院時の差額ベッド代、食事療養費又は文書料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。